

 Secretaria Municipal da Saúde

**APÊNDICE IV**

**PLANO DE CONTRAPARTIDA DE CURSOS**

**Instituição de Ensino:**

**Unidade Gestora:**

**Processo Sei : Exercício:**

1. **Contrapartida destinada a:**
2. **Nome da Ação:**
3. **Investimento:**
4. **Justificativa: (Fatores que motivaram a realização do curso/evento)**
5. **Objetivos Gerais: (o que se pretende com a realização do curso/evento)**
6. **Objetivos Específicos:**
7. **Conteúdo Programático:**
8. **Profissionais envolvidos:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Função** | **Formação** | **Instituição Vinculada** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Público Destinado**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Categoria** | **Nível** | **Formação** | **Número** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Competências/Atribuições da Cooperante:**
2. **Competências/Atribuições da Cooperada:**
3. **Ações a serem desenvolvidas /Cronograma:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data** | **Ação** |
|  |  |
|  |  |

1. **Metas e/ou Resultados Esperados:**
2. **Indicadores: (Critérios que indiquem que os objetivos e metas foram alcançados e mensurá-lo, Por exemplo %).**
3. **Assinatura dos Responsáveis:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura e Carimbo da Instituição de Ensino**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura e Carimbo do Titular da Unidade Gestora**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura e Carimbo do Comitê Gestor Municipal**