|  |  |
| --- | --- |
|  | **PLANO DE AÇÃO - PORTARIA 360/2023 - CAPÍTULO III - SEÇÃO I- Da promoção da equidade e enfrentamento do preconceito, da discriminação, do racismo, do racismo institucional e da xenofobia contra populações específicas.** |

1. **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE**

| **ENTIDADE EXECUTORA/MUNICÍPIO:** |
| --- |
| **CNPJ:** | **ENDEREÇO:** |
| **NOME DO RESPONSÁVEL:** |
| **TELEFONE:** | **E-MAIL:** |

1. **POPULAÇÕES CONTEMPLADAS (MÍNIMO DUAS)**

|  |  |
| --- | --- |
| **( ) POP. NEGRA** | **( ) PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE E EGRESSAS DO SISTEMA PRISIONAL** |
| **( ) POVOS INDÍGENAS** | **( ) POP. CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS** |
| **( ) POP. LGBT** | **( ) MIGRANTES, REFUGIADOS, APÁTRIDAS E VÍTIMAS DO TRÁFICO DE PESSOAS** |
| **( ) POP. RUA** | **( ) POVOS CIGANOS** |
|  | **( ) QUILOMBOLAS** |

1. **EIXOS DE AÇÃO**

| **( ) Informação, comunicação e educação em saúde** |
| --- |
| **( ) Participação popular, controle social e gestão participativa na saúde** |
| **( ) Combate ao preconceito, discriminação, racismo, racismo institucional e xenofobia** |
| **( ) Capacitações, formações e educação permanente em saúde** |

1. **JUSTIFICATIVA**

|  |
| --- |
|  |

1. **AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS**

|  |
| --- |
| **AÇÃO 1:**  |
| **PÚBLICO-ALVO:** | **Nº DE PESSOAS IMPACTADAS PELA AÇÃO:** |
| **POP. ESPECÍFICAS:** |
| **DETALHAMENTO DA AÇÃO** | **QT\*** | **ITEM** | **VALOR UNITÁRIO** | **VALOR TOTAL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **VALOR TOTAL: R$** |

|  |
| --- |
| **AÇÃO 2:**  |
| **PÚBLICO-ALVO:** | **Nº DE PESSOAS IMPACTADAS PELA AÇÃO:** |
| **POP. ESPECÍFICAS:** |
| **DETALHAMENTO DA AÇÃO** | **QT\*** | **ITEM** | **VALOR UNITÁRIO** | **VALOR TOTAL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **VALOR TOTAL: R$** |

1. **PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

6.1 A elaboração do plano contou com a participação de representantes do controle social, lideranças, ativistas e/ou Organizações da Sociedade Civil (OSC) relacionadas às populações contempladas?

**( ) Sim** (Quais) **( ) Não** (Quais dificuldades/limitações encontradas)

|  |
| --- |
|  |

6.2 A elaboração do plano contou com a participação de membros de equipes especializadas e/ou de referência a alguma das populações contempladas? (ex. equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI), equipe de Atenção Primária Prisional, Equipe de Consultório na Rua (ECR), ESF de referência ao atendimento de quilombolas, serviço de referência ao atendimento de travestis e transexuais).

**( ) Sim** (Quais) **( ) Não** (Quais dificuldades/limitações encontradas)

|  |
| --- |
|  |

1. **CRONOGRAMA DE TRABALHO**

|  | **20xx** | **20xx** |
| --- | --- | --- |
| **Mês/ Ação** | **J** | **F** | **M** | **A** | **M** | **J** | **J** | **A** | **S** | **O** | **N** | **D** | **J** | **F** | **M** | **A** | **M** | **J** | **J** | **A** | **S** | **O** | **N** | **D** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ASSINATURAS** |
| Responsável pelo plano de ação |  |
| Gestor(a) municipal da saúde |  |
| Coordenadoria Regional de Saúde |  |