­­­­

# ANEXO I

# CRONOGRAMA

# (datas serão revisadas em tempo oportuno)

|  |  |
| --- | --- |
| **Etapa** | **Período** |
| Publicação do Chamamento | 23/10/2019 |
| Período de inscrição das Experiências  | 24/10/2019 (das 09h00min) até 31/12/2019 (23h59min) |
| Análise de aptidão das propostas (fase 1) e planejamento das próximas fases | 06 a 07/01/2020 |
| Fase 2: Avaliação dos conteúdos com aplicação dos critérios | 20/01 a 10/02/2020 |
| Período para recursos | 11 e 12/02/2020 |
| Análise dos recursos  | 13 e 14/02/2020 |
| Divulgação das propostas aprovadas para Fase 3 | 17/02/2020 |
| Fase 3: Avaliação pelo júri de formadores de opinião | 17 a 28/02/2020 |
| Divulgação do resultado | 03/03/2020 |
| Período para recursos | 03 e 04/03/2020 |
| Análise dos recursos  | 05 e 06/03/2020 |
| Divulgação do resultado final | 10/03/2020 |

# ANEXO II

# TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Por este instrumento, eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nacionalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEDO, nos termos da Lei 9.610/98, os direitos autorais patrimoniais da obra indicada abaixo, à Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e ao Ministério da Saúde para distribuição a veículos de radiodifusão e uso em campanhas para prevenção da sífilis.

Título: ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 Coautores: (se houver)

 Professor orientador:

Declaro que o conteúdo da obra cedida é de minha autoria, em colaboração com os co-autores acima mencionados, da qual assumo qualquer responsabilidade moral e/ou material em virtude de possível impugnação da obra por parte de terceiros.

Local e data:

Nome completo e assinatura do **CEDENTE**

Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº

CEP\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:

 De acordo:

 **Assinatura do/s CESSIONÁRIO/S**