

# Inscrição no Edital AstraZeneca de Patrocínio de Projetos das Associações de Pacientes

## Instruções de Preenchimento

O presente formulário de inscrição integra a documentação exigida para participação no **Edital AstraZeneca de Patrocínio de Projetos das Associações de Pacientes**, que selecionará organizações aderentes aos pilares de atuação e áreas terapêuticas de foco da AstraZeneca Brasil, conforme Regulamento.

Este formulário deverá refletir de forma clara e concisa o perfil da associação que pretende implementar projetos com patrocínio da AstraZeneca. Primeiro, recomenda-se a leitura atenta do Regulamento deste edital. Após a leitura, lembre-se de responder todas as perguntas de forma objetiva, **evitando deixar campos em branco**. Em caso de dúvidas, contate [editalastrazeneca@idis.org.br](mailto:editalastrazeneca@idis.org.br).

Para efetivar a inscrição no Edital, preencha este formulário e confirme o envio. Após o processo de análise do projeto submetido pela associação, serão solicitados os documentos para uma análise do ponto de vista de compliance e uma carta-proposta e documentos complementares, às proponentes mais bem colocadas.

Verifique previamente o fluxo do nosso processo seletivo e os documentos que serão solicitados no Regulamento do Edital, aqui.

**Somente serão aceitos projetos de Associações de Pacientes cuja execução seja de no máximo 1 ano.**

Ao responder as perguntas, lembre-se de que você pode navegar livremente entre as páginas usando botões 'Avançar' e 'Voltar'. Certifique-se de revisar todas as respostas antes de concluir o formulário, pois, uma vez submetido, **não será possível fazer revisões**.

**ATENÇÃO:** O formulário possui 59 perguntas e o tempo médio estimado para preenchimento é de 30 minutos. Não há salvamento automático das informações, portanto, ao sair da página, todas as respostas serão perdidas. Recomendamos que a Associação prepare previamente um rascunho das respostas e reserve um período contínuo para finalizar a inscrição de uma só vez. Ao concluir o preenchimento, uma mensagem informará que "sua resposta foi enviada". No canto superior direito da tela, há um botão com "3 pontinhos"; ao clicar nele, será exibida a opção de "imprimir resposta". Recomendamos fortemente que imprimam e salvem sua resposta para consultas eventuais.

**Somente serão aceitas inscrições submetidas através deste formulário eletrônico.**

\* Obrigatória

## Permissão de Uso de Dados

1. Ao seguir com esse questionário, você consente o uso das informações aqui submetidas para fins de análise e avaliação da AstraZeneca e do IDIS, nos termos da Lei nº13.709, de 14/08/2018.

Os dados pessoais que forem fornecidos pela Associação de Paciente, ao participar deste Edital, passarão a ser parte da base de dados da AstraZeneca Brasil e do IDIS. Maiores informações sobre o tratamento de dados pessoais, favor consultar a Política de Privacidade e Proteção de Dados da AstraZeneca (Política de Privacidade) e/ou o Aviso de Privacidade da IDIS (aviso-de-privacidade-idis.pdf).;

O tratamento dos dados pessoais será realizado com base no consentimento do titular (Art. 7º, I da LGPD) e, quando aplicável, na execução de contrato ou legítimo interesse. \*

Estou de acordo com a coleta de dados pessoais conforme regulamento acima.

## Informações da Organização

2. Nome da organização \*

3. CNPJ \*

4. Assinale a alternativa que corresponde à realidade da organização \*

- Organização recente (menos de 5 anos de fundação)
- Organização consolidada (mais de 5 anos de fundação)

5. Logradouro \*

6. CEP \*

7. Cidade \*

8. Estado \*

9. E-mail principal \*

10. E-mail secundário (se houver)

11. Telefone (com DDD) \*

12. Site / Instagram / LinkedIn \*

13. Autoriza uso do logo em futuras divulgações de parceiros AZB, caso aprovado? \*

Sim

Não

14. Está de acordo com uso da logo da Associação de Pacientes em futuras divulgações de parceiros AZB, caso aprovado? \*

Sim

Não

15. Está de acordo em firmar os contratos de forma digital? \*

Sim

Não

## Informações do Representante Legal

16. Nome completo \*

17. Cargo ou posição na organização \*

18. CPF \*

19. E-mail \*

20. Telefone com (DDD) \*

21. E-mail da testemunha \*

## Informações do projeto

## 22. Para qual doença a organização está inscrevendo projeto? \*

Se o projeto tiver mais uma doença no escopo assinale todas as alternativas correspondentes.

- Diabetes Tipo 2
- Insuficiência Cardíaca
- Doença Renal Crônica
- Hiperpotassemia
- Doença Renal Obstrutiva Crônica
- Polipose Nasal
- Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte
- Síndrome Hiper Eusino-fílica
- Lúpus Eritomatoso Sistêmico
- Câncer de Pulmão
- Câncer de Mama
- Câncer de Ovário
- Câncer de Próstata
- Câncer de Bexiga
- Carcinoma Hepatocelular
- Cânceres Gástricos
- Câncer de Endométrio
- Leucemia Linfocítica Crônica
- Linfoma de Células do Manto
- Hipofosfatasia
- Neuromielite Óptica

- Hemoglobinúria Paroxística Noturna (HPN)
- Síndrome Hemolítica Urêmica Atípica (SHUa)
- Miastenia Gravis Generalizada (gMG)
- Neurofibromatose Tipo 1 (NF1)
- Above Brand (Oncologia)
- Above Brand (Doenças Raras)
- Amiloidose por Transtirretina (ATTR)
- Asma Grave
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
- Doença Onco-Hematológica

23. Título do projeto \*

24. Valor total do projeto \*

Quanto o projeto irá custar no total, independente do aporte da AstraZeneca

25. Valor do projeto solicitado à AstraZeneca \*

O valor solicitado à AstraZeneca pode ser apresentado por meio de cotas (ex: Ouro, Prata ou Bronze) já estruturadas pela Associação. Caso não haja cotas prévias, indicar diretamente o valor a ser solicitado para a AstraZeneca

26. O projeto tem mais de um patrocinador? \*

Sim

Não

27. Qual(is) são os outro(s) possíveis financiador(es)?

28. Quais contrapartidas o projeto oferece ao patrocinador e como elas serão evidenciadas após a conclusão do projeto? \*

Contrapartida é qualquer benefício, ação ou reconhecimento oferecido pela instituição proponente em troca do apoio recebido para a execução do projeto. Entre os exemplos de contrapartida estão: inclusão de logomarca, menção institucional, participação em eventos, visibilidade em campanhas, relatórios ou outros tipos de retorno tangível ou intangível que demonstrem valor para o apoiador (limite máximo de 300 caracteres).

29. Justificativa do Projeto \*

Descreva o "Call to Action" do projeto (contexto ou a problemática social que motivaram a idealização do mesmo). Forneça dados e informações de fontes confiáveis que demonstrem e sustentem o diagnóstico do problema. Respeite o limite de 400 caracteres.

**30. Objetivo do Projeto \***

Explique o propósito do projeto, o que se pretende alcançar com sua implementação. O objetivo geral deve refletir uma transformação positiva no cenário atual, buscando solucionar ou amenizar o problema identificado. Ele deve ser definido de forma clara, específica, mensurável, alcançável, relevante e com prazo determinado, conforme a metodologia SMART. Respeite o limite de 400 caracteres.

**31. Descrição do Projeto \***

Descreva o projeto, detalhando local de execução, tempo de duração, público-alvo e atividades a serem desenvolvidas. Lembre-se que a execução das atividades se dará somente após a assinatura do contrato. Respeite o limite de 500 caracteres.

**32. Quais são as razões pelos quais a AstraZeneca deve apoiar o projeto proposto? \***

Respeite o limite de 400 caracteres.

**33. Para qual pilar de atuação o projeto está focado? \***

Em caso do projeto atuar em mais de um pilar, responda as demais opções na pergunta 34. Nesta pergunta, responder o que você considera como "principal" pilar.

- Conscientização e Educação
- Advocacy e Políticas Públicas
- Diagnóstico / Adesão ao Tratamento / Jornada do Paciente

## Características do projeto – Pilar de Conscientização e Educação

34. Em caso de intersecção com mais de um pilar sinalize abaixo.

Selecione no máximo 2 opções.

- Conscientização e Educação
- Advocacy e Políticas Públicas
- Diagnóstico / Adesão ao Tratamento / Jornada do Paciente

35. Considerando a sua resposta na pergunta 23, qual é o tipo de projeto será implementado? \*

- Conscientização sobre a doença e sinais de alerta
- Capacitação de profissionais relacionados a área da saúde
- Adesão ao tratamento e autocuidado

## 36. Assinale qual(is) característica(s) corresponde ao escopo do projeto

\*

- Atualização de profissionais de saúde
- Conscientização de pacientes e cuidadores
- Elaboração e/ou divulgação de informações e materiais técnico-científico (não promocionais)
- Parcerias com Atenção Primária à Saúde (APS) e Sistema Único de Saúde (SUS)
- Materiais e canais acessíveis
- Educação para adesão e autocuidado
- Co-criação de materiais junto à pacientes
- Outra

## 37. Projeção de pessoas atingidas diretamente pelas ações \*

Entende-se por "atingidas", aquelas que foram efetivamente impactadas pelo conteúdo ou mudança proposta pelo projeto.

O valor deve ser um número

## 38. Projeção de ações educativas não promocionais realizadas \*

Ações educativas entende-se cursos, palestras, seminários, workshops.

O valor deve ser um número

## 39. Projeção de horas de ações educativas \*

O valor deve ser um número

40. Projeção de materiais e mídias educativas não promocionais \*

Entende-se por materiais e mídias educativas não promocionais, o uso de apostilas, banners, folders, guias de bolso, entre outros.

O valor deve ser um número

41. Projeção de pessoas alcançadas pelas ações \*

Entende-se por "alcançadas", aquelas que tiveram contato com a ação.

O valor deve ser um número

42. Trabalha com multiplicadores? (Multiplicadores são: beneficiários diretos ou indiretos do projeto que atuam como disseminadores do saber adquirido) \*

Sim

Não

## Características do projeto – Pilar de Advocacy e Políticas Públicas

43. Em caso de intersecção com mais de um pilar sinalize abaixo.

- Conscientização e Educação
- Advocacy e Políticas Públicas
- Diagnóstico / Adesão ao Tratamento / Jornada do Paciente

44. Qual tipo de projeto será implementado ? \*

- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e linhas de cuidado
- Acesso e incorporação de tecnologias
- Navegação e financiamento no SUS

45. Assinale qual(is) característica(s) corresponde ao escopo do projeto:

\*

- Atuação para criação/atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e linhas de cuidado
- Participação em instâncias e controle social
- Pactuação de fluxos e regulação
- Monitoramento de acesso e transparência
- Incidência no financiamento/habilitação de serviços e rotas no SUS
- Governança e articulação com gestores

46. Projeção de parcerias, articulações e participações em instituições públicas \*

O valor deve ser um número

47. Possui propostas, recomendações ou documentos técnicos apresentados? \*

Sim

Não

48. Projeção de políticas, programas e normativas influenciados \*

49. Há reconhecimentos ou documentos (CEBAS, OSCIP etc) institucionais obtidos? \*

Sim

Não

## Características de projeto - Pilar de Diagnóstico/Adesão ao Tratamento/Jornada de Paciente

50. Em caso de intersecção com mais de um pilar sinalize abaixo.

- Conscientização e Educação
- Advocacy e Políticas Públicas
- Diagnóstico / Adesão ao Tratamento / Jornada do Paciente

51. Qual tipo de projeto será implementado? \*

- Diagnóstico em tempo oportuno
- Navegação e coordenação da jornada com foco em diagnóstico
- Integração de comorbidades e cuidado multidisciplinar

52. Assinale qual(is) característica(s) corresponde ao escopo do projeto:

\*

- Triagem e diagnóstico em tempo oportuno
- Protocolos de encaminhamento e estratificação
- Navegação do paciente
- Integração de comorbidades e cuidado multidisciplinar
- Promoção da adesão ao tratamento
- Coordenação com serviços de referência/centros especializados
- Plano de adesão terapêutica e acompanhamento

## 53. Projeção de beneficiários diretos \*

Beneficiários diretos são aqueles que participam ativamente do projeto ou são contemplados pelas ações do mesmo.

O valor deve ser um número

## 54. Projeção de beneficiários indiretos \*

Beneficiários indiretos é aquele que não participa plenamente ou diretamente do projeto, mas se beneficia dos resultados ou impactos gerados.

O valor deve ser um número

## 55. Há atividades de apoio à adesão e autocuidado realizadas? \*

Sim

Não

## Características gerais do projeto

56. O projeto promove realização de pesquisas de marca ou de mercado? \*

Sim

Não

57. O projeto promove propaganda de algum tipo de produto? \*

Sim

Não

58. O projeto promove judicialização? \*

Sim

Não

59. O projeto tem como público-alvo pacientes, acompanhantes, profissionais, gestores ou instituições públicas de saúde? \*

Sim

Não

60. Assinale qual(is) Objetivo(s) de Desenvolvimento o projeto está vinculado? \*

- O projeto se relaciona com o ODS 3: Boa Saúde e Bem-estar
- O projeto se relaciona com o ODS 5: Igualdade de gênero
- O projeto se relaciona com o ODS 10: Redução das desigualdades
- O projeto se relaciona com o ODS 4: Educação de qualidade
- O projeto se relaciona com o ODS 17: Parcerias e meios de implementação

61. Descreva de que maneira o projeto atende o(s) objetivo(s) assinalado(s) acima. (limite máximo de 300 caracteres).

62. Assinale qual(is) iniciativas ESG o projeto promove: \*

- A organização tem estrutura de governança que articula com outros setores da sociedade (SUS, academia, conselhos, empresas)
- A organização assegura transparência e prestação de contas
- A organização garante acessibilidade e comunicação em linguagem simples
- A organização atua com temas de direitos humanos e equidade
- A organização adota práticas de sustentabilidade nos projetos (prioriza soluções digitais, reduz deslocamentos/insumos)
- A organização pratica compras responsáveis (fornecedores idôneos/locais, materiais recicláveis ou de menor impacto)

63. Descreva de que maneira o projeto atende a(s) iniciativa(s) assinalada(s) acima. (limite máximo de 300 caracteres).

64. Assinale qual(is) iniciativas de equidade projeto promove: \*

- O projeto promove diretamente a diversidade e a inclusão de mulheres
- O projeto promove diretamente a diversidade e a inclusão de pessoas não brancas
- O projeto promove diretamente a diversidade e a inclusão de pessoas com deficiência
- O projeto promove diretamente a diversidade e a inclusão de populações LGBTQIAPN+
- O projeto promove diretamente a diversidade e a inclusão de outros grupos marginalizados [especifique abaixo]
- Outra

65. Descreva de que maneira o projeto atende a(s) iniciativa(s) assinalada(s) acima. (limite máximo de 300 caracteres).

66. O projeto propõe atuação direta com pessoas com doenças raras? \*

- Sim
- Não

67. Descreva de que maneira o projeto atende a iniciativa assinalada acima. (limite máximo de 300 caracteres).

68. O projeto atua diretamente com pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS)? \*

Sim

Não

69. Descreva de que maneira o projeto atende a iniciativa assinalada acima. (limite máximo de 300 caracteres).

70. Assinale qual(is) iniciativas de alcance territorial o projeto promove:

O projeto beneficia mais de um município

O projeto atua nas regiões Norte ou Nordeste

71. O projeto traz ideias novas de como ser executado e conecta diferentes tipos de conhecimento? \*

Sim

Não

72. Se sim, descreva de que maneira o projeto atende a pergunta assinalada acima. (limite máximo de 300 caracteres).

---

Este conteúdo não é criado nem endossado pela Microsoft. Os dados que você enviar serão enviados ao proprietário do formulário.

