**PLANO DE TRABALHO**

PROGRAMA CAPES/DAAD PROBRAL

ANO 20\_\_

|  |
| --- |
| **DADOS CADASTRAIS** |
| Nome do coordenador | CPF: |
| Endereço: | Cidade: | UF: |
| CEP: | DDD/Telefone: |
| Email: |
| **DESCRIÇÃO DO PROJETO** |
| Título do projeto: |
| Processo SCBA: |  | Período de Execução: | Início | Término |
|  |  |
| **DESCRIÇÃO DO OBJETO** |
|  |
| **JUSTIFICATIVA** |
|  |

|  |
| --- |
| **MISSÕES DE TRABALHO** |
|  | **Cotação:** | **Data da cotação:** |
| **MISSÃO DE TRABALHO 1** |
| Nome do pesquisador: |
| Período *(DD/MM/AAAA)*:  |
| Previsão de gastos |
|  | Quantidade**↓** | Valor (R$)**↓** |
| Diárias |  |  |
|  | Trecho**↓** | Valor (R$)**↓** |
| Passagem |  |  |
|  |  | Valor (R$)↓ |
| Seguro saúde |  |  |
| **Total** | R$ |
| Descrição das atividades: |
|  |
| **MISSÃO DE TRABALHO 2** |
| Nome do pesquisador: |
| Período *(DD/MM/AAAA)*:  |
| Previsão de gastos |
|  | Quantidade**↓** | Valor (R$)**↓** |
| Diárias |  |  |
|  | Trecho**↓** | Valor (R$)**↓** |
| Passagem |  |  |
|  |  | Valor (R$)↓ |
| Seguro saúde |  |  |
| **Total** | R$ |
| Descrição das atividades: |
|  |

Solicitamos atenção especial à leitura minuciosa das informações e restrições relacionadas à missão de trabalho no edital do seu projeto disponível no site do programa PROBRAL[***https://www.gov.br/capes/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/bolsas/bolsas-e-auxilios-internacionais/encontre-aqui/paises/alemanha/probral***](https://www.gov.br/capes/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/bolsas/bolsas-e-auxilios-internacionais/encontre-aqui/paises/alemanha/probral)

**PLANO DE APLICAÇÃO**

O Plano de Aplicação deve ser corretamente confeccionado, pois este é a base para sua execução, controle, fiscalização e prestação de contas. Inclua o número de linhas necessárias para a descrição.

**Devem ser observadas as características para cada elemento de despesa previsto na Portaria Nº 448/2002.**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIÇÃO** | Descrição do material de consumo ou serviço de terceiros que serão necessários. |
| **ELEMENTO DE DESPESA** | Material de ConsumoServiços de Terceiros – Pessoa FísicaServiços de Terceiros – Pessoa Jurídica |
| **VALOR** | Valor total dos materiais/ elementos de despesa |
| **QUANTIDADE** | Quantidade prevista para cada unidade de medida. |

|  |
| --- |
| **PLANO DE APLICAÇÃO** |
| **DESCRIÇÃO** | **ELEMENTO DE DESPESA** | **QUANTIDADE** | **VALOR** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL** | **R$** |
| **SALDO REMANESCENTE****\*Preencher de acordo com o que há em conta, no momento, para cada rubrica. Desconsiderar caso o projeto esteja no primeiro ano.** |
| **Rubrica** | **VALOR** |
| Diária, Passagem e Seguro Saúde | R$ |
| Material de Consumo | R$ |
| **TOTAL** | R$ |

|  |
| --- |
| **TOTAL GERAL** |
| **Especificação das despesas** | **TOTAIS** |
| Missões de Trabalho | R$ |
| Material de Consumo | R$ |
| Serviços de Terceiros – Pessoa Física | R$ |
| Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica | R$ |
| **TOTAL** | R$ |

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO** |
| **Na qualidade de coordenador, DECLARO, para fins de prova junto à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexiste qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Nacional ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União, na forma deste Plano de Trabalho.** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Coordenador do projeto (nome e assinatura) |