**PLANO DE TRABALHO**

**1. TIPO PROJETO**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **( ) Pesquisa ( ) Curso de Pós- Graduação ( ) Extensão ( ) Ensino ( ) Desenvolvimento Institucional** | |

**2. DADOS CADASTRAIS DOS PARTÍCIPES**

**I - Entidade (Convenente/Executora)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Órgão  **Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Filial da Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares - EBSERH** | | | | | | CNPJ  **15.126.437/0018-91** | |
| Endereço  **Avenida Senador Filinto Muller, 355, Cidade Universitária** | | | | | | | |
| Cidade  **Campo Grande** | | | UF  **MS** | CEP  **79.080-190** | | Esfera Administrativa  **Federal** | |
| DDD  **67** | Fone  **3345-3000** | | Fax  - | | | E-Mail | |
| Nome do Responsável | | | | | | CPF | |
| Nº RG / Órgão Expedidor | | Cargo | | | Função | | Matrícula  **Não se aplica** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Investigador Principal  XXXXXXXXX | CPF  XXXXXXXXX |
| Unidade Vinculada XXXXXXXXXXX | Matrícula SIAPE  XXXXXXX |
| Endereço Eletrônico (e-mail)  XXXXXXXX | Telefone celular  XXXXXXXX |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Coordenador de pesquisa (administrativo) do Projeto  XXXXXXXXX | CPF  XXXXXXXXX |
| Unidade Vinculada XXXXXXXXXXX | Matrícula SIAPE  XXXXXXX |
| Endereço Eletrônico (e-mail)  XXXXXXXX | Telefone celular  XXXXXXXX |

**II - Entidade (Concedente/Patrocinador)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Órgão  XXXXXXXXX | | | | | | CNPJ  XXXXXXXXXXXX |
| Endereço  XXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | |
| Cidade  **-** | | | UF  **-** | CEP  **-** | | Esfera Administrativa  XXXXXX |
| DDD  **XX** | Fone  XXXXXXX | | Fax  - | | | E-Mail  **-** |
| Nome do Responsável  XXXXXXXXXXXXXX | | | | | | CPF  XXXXXXXXXXXXX |
| Nº RG / Órgão Expedidor  XXXXXXXXXXXX | | Cargo  XXXXXXXXXXXXXXXX | | | Função  XXXXXXXXXXXXXXXXX | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Organização representativa de Pesquisa (ORCP)  XXXXXXXXX | | | | | | CNPJ  XXXXXXXXXXXX |
| Endereço  XXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | |
| Cidade  **-** | | | UF  **-** | CEP  **-** | | Esfera Administrativa  XXXXXX |
| DDD  **XX** | Fone  XXXXXXX | | Fax  - | | | E-Mail  **-** |
| Nome do Responsável  XXXXXXXXXXXXXX | | | | | | CPF  XXXXXXXXXXXXX |
| Nº RG / Órgão Expedidor  XXXXXXXXXXXX | | Cargo  XXXXXXXXXXXXXXXX | | | Função  XXXXXXXXXXXXXXXXX | |

**III - Entidade (Interveniente Administrativa) Fundação de Apoio**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Órgão/Entidade | | | | CNPJ | |
| Endereço | | | | | Esfera Administrativa |
| Nome do Responsável | | | CPF | | |
| Nº RG/Órgão Expedidor | Cargo | Função | DDD | | Telefone: |

**3 - DISCRIMINAÇÃO DO PROJETO/PROGRAMA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Título do Projeto** | **Período de Execução** | |
|  | **Início**  Data da assinatura | **Término** Data da assinatura + XXXXXX |
| **Pesquisador principal**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
| **Objeto:**  **Justificativa da Proposição:** Aqui escrever a justificativa do estudo | | |

**4 – DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES/CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO**

I – INFORMAÇÕES SOBRE AS ATIVIDADES

|  |
| --- |
| **Atividades a serem desenvolvidas no Projeto/Programa**  **Objetivo Geral:** do estudo conforme protocolo  **Objetivos Específicos:** do estudo conforme protocolo  **Método:** do estudo conforme protocolo  **Metas:**   * Previsão do número de sujeitos a serem randomizados; * Executar ações e atendimento conforme BPC e o protocolo do estudo; * Desempenhar as responsabilidades inerentes a cada membro, conforme delegação no protocolo do estudo.   **Resultados Esperados**  **Diretos:**  **Indiretos:**  **Mecanismos para mensuração dos resultados**  Descrever se aplicável |
| **Responsabilidades de cada ente**  **Do (Concedente/ Patrocinador):**   1. XXX 2. XXX 3. XXX 4. XXX   **DA EBSERH (Convenente/Executora):**   1. XXX 2. XXX 3. XXX 4. XXX  Da ORCP:  1. XXX 2. XXX 3. XXX 4. XXX  Do coordenador do projeto (administrativo):  1. XXX 2. XXX 3. XXX 4. XXX  Dos pesquisadores:  1. XXX 2. XXX 3. XXX 4. XXX   **Da fundação de apoio (Interveniente Administrativa):**   1. XXX 2. XXX 3. XXX 4. XXX |
| **Estrutura física** |

**II – RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NO PROJETO/PROGRAMA**

Participantes vinculados ao Humap – Servidores

***Observação:*** *Haverá mudança de carga horária de dedicação a pesquisa após o 18 mês para a coordenadora e os co-investigadores, por esse motivo na tabela abaixo está descrito valores de bolsas diferentes para cada período.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Completo | Matrícula SIAPE/RGA | CPF | Vínculo institucional (1) | Titulação (2) | Carga  Horária Semanal (3) | Valor da Bolsa (R$) (4) | Quantidade de meses para recbto. (5) | Função(6) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**III - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etapa** | **Especificação** | **Indicador Físico** | | **Período** | |
| **Unidade** | **Quantidade** | **Início** | **Término** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**5 – FONTES DE FINANCIAMENTO E PLANO DE APLICAÇÃO/CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

I – Fontes de Financiamento/Envolvimento de Recursos

|  |
| --- |
| Fonte de Financiamento:  “A fonte de financiamento do presente Projeto é estimada em R$ XXXXXXXXX sendo composta pela previsão de randomização de N° XXXXXX sujeitos de pesquisa, conforme tabela de reembolso enviado pelo patrocinador por sujeito de pesquisa, somado as taxas de startup R$ XXXX, taxa de submissão R$ XXXXX. ” |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Natureza da Despesa | | | |
| **DESPESAS DE CUSTEIO** | | |  |  |
|  | **Especificação** | | **Financiador (es)** | **Valor** |
| Serviços de Terceiros – Pessoa Física (PF) | |  |  |
| Obrigações Tributárias e Contributivas (PF) | |  |  |
| Rescisão Contratual | |  |  |
| Bolsa para Estudantes | |  |  |
| Bolsa para Servidor/Pesquisador | |  |  |
| Passagens e Despesa de locomoção | |  |  |
| Diárias | |  |  |
| Material de Consumo | |  |  |
| Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica | |  |  |
| Tarifas bancárias | |  |  |
| Pagamentos de Impostos sobre compra e serviços | |  |  |
| Taxa administrativa | Humap/Ebserh |  |  |
| Fundação de Apoio |  |  |
|  |  | |  |  |
| **DESPESAS DE CAPITAL** | | |  |  |
|  | **Especificação** | | **Financiador (es)** | **Valor** |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| **TOTAL GERAL** | | | |  |

**DETALHAMENTO DO PLANO DE APLICAÇÃO**

1. **DESPESAS DE CUSTEIO**

* **SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA FÍSICA (PESSOAL)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descrição do Item** | **Período** | **Valor Total** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL GERAL** | |  |

* **OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS E CONTRIBUTIVAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descrição do Item** | **Quantidade** | **Valor Total** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL GERAL** | |  |

* **RESCISÃO CONTRATUAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descrição do Item** | **Quantidade** | **Valor Total** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL GERAL** | |  |

* **BOLSA a Pesquisador**

**Bolsa de Pesquisa/Ensino/Extensão**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Período** | **Valor da Bolsa** | **Valor Total** |
|  |  |  |  |
| **TOTAL GERAL** | | |  |

* **BOLSA a ESTUDANTE**

**Bolsa de Pesquisa/Ensino/Extensão**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Período** | **Valor da Bolsa** | **Valor Total** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL GERAL** | | |  |

* **PASSAGENS E DESPESAS DE LOCOMOÇÃO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descrição do Item** | **Quantidade** | **Valor Total** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL GERAL** | |  |

* **DIÁRIAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descrição do Item** | **Quantidade** | **Valor Total** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL GERAL** | |  |

* **MATERIAL DE CONSUMO**

**Nacional**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descrição do Item** | **Quantidade (Estimativa)** | **Valor Total** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL GERAL** | |  |

* **SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descrição do Item** | **Quantidade** | **Valor Total** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL GERAL** | |  |

* **TARIFAS BANCÁRIAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrição do Item** | **Valor** |
|  |  |
|  |  |
| **TOTAL GERAL** |  |

* **IMPOSTOS SOBRE COMPRA E SERVIÇOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrição do Ressarcimento** | **Valor** |
|  |  |
|  |  |
| **TOTAL GERAL** |  |

1. **DESPESAS DE CAPITAL**

* **Equipamentos e Material Permanente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descrição do Item** | **Quantidade (Estimativa)** | **Valor Total** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL GERAL** | |  |

Aqui precisa escrever como os equipamentos serão adquiridos e etc.

Observações Gerais:

\* A Coordenadora do Projeto formulará à CONTRATADA, por escrito, de forma detalhada e com a antecedência necessária, as demandas necessárias para a realização do Projeto, observadas as especificações estabelecidas neste Plano de Trabalho.

\* Para o pagamento de diárias deverá ser observado os valores fixados no Decreto n.º 5992, de 19 de dezembro de 2006, não devendo ultrapassar os valores ali fixados.

\* Constam inclusos em Material de Consumo e Material Permanente os eventuais encargos tributários decorrentes da aquisição destes materiais.

 \* Constam inclusos em Serviços de Terceiros - Pessoa Física os tributos e encargos sociais e trabalhistas acerca das contratações de Pessoa Física.

**6 – DECLARAÇÕES/APROVAÇÕES**

I – Coordenador do Projeto/Programa

|  |
| --- |
| Na qualidade de Coordenadora do Projeto/Programa, declaro ser a responsável pelas informações prestada acima e atesto ciência de que o presente Plano de Trabalho será cumprido em sua integralidade, após aprovação do Conselho respectivo.  Local, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

II – Gerencia de Ensino e pesquisa

|  |
| --- |
| Na qualidade de Diretor da Unidade de origem do presente Plano de Trabalho, delibero pela:  ( ) Aprovação  (\_ ) Não aprovação  Local, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

III – Do Humap/EBSERH

|  |
| --- |
| Após análise do Plano de Trabalho, consoante Projeto apresentado a esta reitoria, delibero pela:  ( ) Aprovação  (\_) Não aprovação  Campo Grande/MS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |

IV – Fundação XXXXXX

|  |
| --- |
| Após análise do Plano de Trabalho, esta Fundação de Apoio delibera pela:  ( ) Aprovação  ( ) Não aprovação  Campo Grande/MS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |