**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 PrincipalXXXXXXXXX | CPFXXXXXXXXX |
| Unidade VinculadaXXXXXXXXXXX | Matrícula SIAPEXXXXXXX |
| Endereço Eletrônico (e-mail)XXXXXXXX | Telefone celularXXXXXXXX |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Coordenador de pesquisa (administrativo) do ProjetoXXXXXXXXX | CPFXXXXXXXXX |
| Unidade VinculadaXXXXXXXXXXX | Matrícula SIAPEXXXXXXX |
| Endereço Eletrônico (e-mail)XXXXXXXX | Telefone celularXXXXXXXX |

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

|  |  |
| --- | --- |
| ÓrgãoXXXXXXXXX | CNPJ XXXXXXXXXXXX |
| EndereçoXXXXXXXXXXXXXXXX |
| Cidade**-** | UF**-** | CEP**-** | Esfera AdministrativaXXXXXX |
| DDD **XX** | FoneXXXXXXX | Fax- | E-Mail**-** |
| Nome do ResponsávelXXXXXXXXXXXXXX | CPFXXXXXXXXXXXXX |
| Nº RG / Órgão ExpedidorXXXXXXXXXXXX | CargoXXXXXXXXXXXXXXXX | FunçãoXXXXXXXXXXXXXXXXX |

|  |  |
| --- | --- |
| Organização representativa de Pesquisa (ORCP) XXXXXXXXX | CNPJ XXXXXXXXXXXX |
| EndereçoXXXXXXXXXXXXXXXX |
| Cidade**-** | UF**-** | CEP**-** | Esfera AdministrativaXXXXXX |
| DDD **XX** | FoneXXXXXXX | Fax- | E-Mail**-** |
| Nome do ResponsávelXXXXXXXXXXXXXX | CPFXXXXXXXXXXXXX |
| Nº RG / Órgão ExpedidorXXXXXXXXXXXX | CargoXXXXXXXXXXXXXXXX | FunçãoXXXXXXXXXXXXXXXXX |

**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) | CargaHorária 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 aprovaçãoLocal, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

III – Do Humap/EBSERH

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

IV – Fundação XXXXXX

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