**ANEXO I**

**PLANO DE TRABALHO**

**CONTRATO ADESÃO**

 **SERVIÇOS TÉCNICOS ESPECIALIZADOS**

**Art. 8º DA LEI DE INOVAÇÃO Nº 13.243/2016**



**1. TÍTULO DO PROJETO**

**2. DADOS**

**2.1. DO COORDENADOR DO PROJETO**

Nome:

Siape:

Laboratório:

Departamento:

Unidade:

Telefone Institucional:

Telefone Celular:

E-mail Institucional:

**2.2. EMPRESA CONTRATANTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Tipo: ( ) Público ( ) Privado | 2. Nome / Razão Social: | 3. CNPJ: |
| 4. Endereço: |
| 5. Cidade / UF: | 6. CEP: |  7.Telefone Fixo: | 8.Telefone Celular: |
| 9. Nome do representante legal: |
| 10. Cargo: |
| 11. E-mail: |

**3. OBJETO DO CONTRATO**

O presente Plano de Trabalho tem por objeto a prestação de serviços técnicos especializados voltados à pesquisa e à inovação para apoio ao setor de INSERIR NOME, conforme especificação INSERIR O SERVIÇO A SER PRESTADO, com gestão financeira e administrativa pela FUNDAÇÃO.

**4. OBJETIVO GERAL DO PROJETO**

O objetivo geral deste projeto é executar os serviços técnicos especializados intitulados INSERIR O NOME DOS SERVIÇOS.

**4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

a) Entregar os serviços técnicos XXXXX;

b) Contribuir com o ambiente produtivo tornando acessível o resultado XXXX;

c) Aproximar a academia da realidade dos problemas vivenciados no ambiente produtivo XXX;

d) Identificar problemas industriais do tipo XXXX introduzindo-os nas linhas de pesquisa XXXX para exploração e resultados científicos;

**5. JUSTIFICATIVA DE INTERESSE PÚBLICO DO PROJETO**

**6. DESCRIÇÃO DA INFRAESTRUTURAL LABORATORIAL**

**7. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Descrição do Serviço Técnico Especializado | Mensuração | Quantidade a realizar | Custo Unitário (R$) | Custo Total (R$) |
|  | Horas homem | 2 horas |  |  |
|  | Horas máquina |  |  |  |
|  | Unidade | 4 análises |  |  |

**8. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descrição do Serviço Técnico Especializado | Quantidade | Prazo de Entrega |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**9. PRAZO DE EXECUÇÃO (EM MESES)**

Este plano de trabalho será executado no prazo de 24 meses, podendo ser prorrogado nos termos do instrumento contratual.

**10. EQUIPE DO PROJETO**

**10.1 PROFESSORES/PESQUISADORES REMUNERADOS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:  | CPF: |
| Unidade/Departamento/Laboratório: | SIAPE: |
| Endereço Eletrônico: | Telefone fixo: | Telefone celular: |
| Valor Unitário do Adicional Variável (R$): | N° de Parcelas: | Valor Total (R$): |
| Carga Semanal Horária a ser despendida no projeto: |  |
| Nome:  | CPF: |
| Unidade/Departamento/Laboratório: | SIAPE: |
| Endereço Eletrônico: | Telefone fixo: | Telefone celular: |
| Valor Unitário do Adicional Variável (R$): | N° de Parcelas: | Valor Total (R$): |
| Carga Semanal Horária a ser despendida no projeto: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:  | CPF: |
| Unidade/Departamento/Laboratório: | SIAPE: |
| Endereço Eletrônico: | Telefone fixo: | Telefone celular: |
| Valor Unitário do Adicional Variável (R$): | N° de Parcelas: | Valor Total (R$): |
| Carga Semanal Horária a ser despendida no projeto: |  |

**10.2 TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS REMUNERADOS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:  | CPF: |
| Unidade/Departamento/Laboratório: | SIAPE: |
| Endereço Eletrônico: | Telefone fixo: | Telefone celular: |
| Valor Unitário do Adicional Variável (R$): | N° de Parcelas: | Valor Total (R$): |
| Carga Semanal Horária a ser despendida no projeto: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:  | CPF: |
| Unidade/Departamento/Laboratório: | SIAPE: |
| Endereço Eletrônico: | Telefone fixo: | Telefone celular: |
| Valor Unitário do Adicional Variável (R$): | N° de Parcelas: | Valor Total (R$): |
| Carga Semanal Horária a ser despendida no projeto: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:  | CPF: |
| Unidade/Departamento/Laboratório: | SIAPE: |
| Endereço Eletrônico: | Telefone fixo: | Telefone celular: |
| Valor Unitário do Adicional Variável (R$): | N° de Parcelas: | Valor Total (R$): |
| Carga Semanal Horária a ser despendida no projeto: |  |

**10.2 EQUIPE NÃO REMUNERADA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:  | CPF: |
| Unidade/Departamento/Laboratório: | SIAPE: |
| Endereço Eletrônico: | Telefone fixo: | Telefone celular: |
|  ( ) Docente ( ) Discente ( ) Técnico Administrativo |
| Carga Semanal Horária a ser despendida no projeto: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:  | CPF: |
| Unidade/Departamento/Laboratório: | SIAPE: |
| Endereço Eletrônico: | Telefone fixo: | Telefone celular: |
|  ( ) Docente ( ) Discente ( ) Técnico Administrativo |
| Carga Horária Semanal a ser despendida no projeto: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:  | CPF: |
| Unidade/Departamento/Laboratório: | SIAPE: |
| Endereço Eletrônico: | Telefone fixo: | Telefone celular: |
|  ( ) Docente ( ) Discente ( ) Técnico Administrativo |
| Carga Horária Semanal a ser despendida no projeto: |  |

**11. CUSTOS DOS SERVIÇOS**

O valor total a ser aportado no projeto será de R$ 0,00 (INSERIR POR EXTENSO) que será utilizado para cobrir todos os custos laboratoriais envolvidos direta e indiretamente nos serviços prestados.

**12. CRONOGRAMA DE PAGAMENTO DOS SERVIÇOS**

A contratante deverá efetuar o pagamento dos serviços técnicos especializados contratados de acordo com o disposto a seguir:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Referência | Valor | Pagamento |
| 1ª Parcela | R$ 0,00 | Exemplo: 30 dias após a entrega dos serviços |
| 2ª Parcela |  |  |
| 3ª Parcela |  |  |

**13. PLANO DETALHADO DE APLICAÇÃO DA RECEITA DO PROJETO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descrição do Item** | **Quantidade** | **Valor Unit.**  | **Total (R$)** |
| 1. Material de Consumo Nacional |  |  |  |
| a. |  |  |  |
| b. |  |  |  |
| c. |  |  |  |
| d. |  |  |  |
| e. |  |  |  |
| f. |  |  |  |
| 2. Material de Consumo Importado |  |  |  |
| a. |  |  |  |
| b. |  |  |  |
| c. |  |  |  |
| d. |  |  |  |
| e. |  |  |  |
| 3. Contratação de Pessoa Jurídica |  |  |  |
| a. |  |  |  |
| b. |  |  |  |
| c. |  |  |  |
| d. |  |  |  |
| e. |  |  |  |
| 4. Equipamentos e Material Permanente |  |  |  |
| a. |  |  |  |
| b. |  |  |  |
| c. |  |  |  |
| d. |  |  |  |
| e. |  |  |  |
| 5. Despesas Adicionais Variáveis |  |  |  |
| a. Professor Inserir o Nome do Beneficiário  |  |  |  |
| b. |  |  |  |
| c. |  |  |  |
| d. |  |  |  |
| e. |  |  |  |
| 6. Contratação Pessoas Física CLT ou Autônomo |  |  |  |
| a. Cargo (INSERIR NOME DO CARGO) |  |  |  |
| b.  |  |  |  |
| c. |  |  |  |
| d. |  |  |  |
| 7. Despesa Operacional da Fundação |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 7. Ressarcimento à Universidade (Resolução CUNI 2384/2020) |  |  |  |
| **TOTAL**  |  |  |  |

**14. FORMA DE MEDIÇÃO E FATURAMENTO DOS SERVIÇOS**

**15. OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES**

Ouro Preto, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Prof. Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordenador do Projeto