**ANEXO II**

**PROPOSTA DE PROJETO E PLANO DE TRABALHO**

|  |
| --- |
| **AUXÍLIO FINANCEIRO A PROJETO DE GESTÃO DE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO****PROPOSTA DE PROJETO E PLANO DE TRABALHO** |
| EDITAL Nº | TÍTULO DO PROJETO |
| PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO |
| ÁREA DE AVALIAÇÃO |
| OBJETIVO GERAL DO PROJETO |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO PROJETO |
| JUSTIFICATIVA |

|  |
| --- |
| **1 – DADOS DO COORDENADOR RESPONSÁVEL/BENEFICIÁRIO** |
| CPF | NOME COMPLETO (sem abreviaturas) |
| DATA DE NASCIMENTO/ / | SEXOM F | IDENTIDADE (RG) | ÓRGÃO EMISSOR | UF | Data de Emissão/ / |
| NACIONALIDADEBrasileiro Estrangeiro | PAÍS (se estrangeiro) | N º DO PASSAPORTE (se estrangeiro) | VALIDADE/ / |
| TIPO DE VISTO (se estrangeiro)Provisório Profissional | VALIDADE (se provisório)/ / | ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIAResidencial ou Profissional |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL (logradouro ) | BAIRRO |
| CEP | CIDADE | UF | DDD | FONE | FAX | E-MAIL |
| DADOS BANCÁRIOS (CONTA BANCÁRIA ESPECÍFICA PARA MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS PARA ESTE PROJETO): |
| BANCOBANCO DO BRASIL | N.º DA AGÊNCIA | NOME DA AGÊNCIA | N.º DA CONTA (específica) |
| **1.1 – FORMAÇÃO ACADÊMICA/ TITULAÇÃO** |
| TÍTULO DE MAIS ALTO NÍVEL OBTIDO |
| ÁREA/SUBÁREA | PAÍS | ANO INÍCIO | ANO CONCLUSÃO |
| INSTITUIÇÃO | SIGLA |
| **1.2 – ATUAÇÃO PROFISSIONAL / LOCAL DE TRABALHO** |
| CENTRO | SIGLA |  |
| CARGO EFETIVO | CARGO COMISSIONADO | TIPO DE VÍNCULO | REGIME DE TRABALHO |
| ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO (logradouro) | E – MAIL |
| BAIRRO | CEP | CIDADE | UF | DDD | FONE | FAX |

|  |
| --- |
| **2 – PLANO DE APLICAÇÃO** **PREENCHER COM VALOR TOTAL PREVISTO/APROVADO PARA O PROJETO – Conforme consta no Anexo I deste Edital** |
| **GRUPO/TIPO DE DESPESA** | **VALOR SOLICITADO (R$)** | **VALOR APROVADO PELA PROPEG (R$)****(preenchido pela PROPEG)** |
| Diárias e Passagens |  |  |
| Material de Consumo |  |  |
| Serviços de terceiros - Pessoa Física |  |  |
| Serviços de terceiros - Pessoa Jurídica |  |  |
| auxílio a estudantes/pesquisadores |  |  |
| **TOTAL** |  |  |

|  |
| --- |
| **3. DESCRIÇÃO DAS METAS E AÇÕES** |
|  |

|  |
| --- |
| **4. JUSTIFICATIVA PARA USO DOS RECURSOS** |
|  |

|  |
| --- |
| **5. DESTINAÇÃO DOS RECURSOS** |
|  |

|  |
| --- |
| **6. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO** |
|  |

|  |
| --- |
| **7. RESULTADO ESPERADOS** |
|  |

|  |
| --- |
| **8. DECLARAÇÃO** |
| Ao enviar este documento à propeg, o BENEFICIÁRIO DECLARA FORMALMENTE:1. Conhecer o Regulamento que disciplina as condições gerais que regem o presente Termo;
2. Subscrever e concordar integralmente com o Regulamento;
3. Saber que os recursos serão liberados pela UFAC em função de suas disponibilidades orçamentárias e financeiras;
4. Que a conta bancária informada e o Cartão Pesquisador aprovado se destinam específica e exclusivamente para gerir os recursos para execução do projeto aprovado;
5. Que deverá utilizar os recursos de acordo com o estabelecido no Plano de Aplicação aprovado pela PROPEG e dentro do prazo de vigência do mesmo;
6. Que os gastos só poderão ser realizados no grupo de despesa custeio;
7. Que manterá sob sua guarda os documentos comprobatórios dos pagamentos efetuados, até 5 (cinco) anos após a aprovação final das contas da PROPEG;
8. Que está sujeito às normas da UFAC e às condições contidas na legislação correlata que rege a execução de Auxílios e instrumentos congêneres, no que couber;
9. Que tem ciência de que esta declaração é feita sob pena da incidência dos artigos 297-299 do Código Penal Brasileiro sobre a falsificação de documento público e falsidade ideológica, respectivamente.
 |
| **ASSINATURA DO PROPONENTE (GOV.BR):**  |

|  |
| --- |
| **9 – CONCESSÃO DO BENEFÍCIO** **Os campos a seguir serão preenchidos pela PROPEG** |
| **CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA** | **NATUREZA DESPESA** | **VALOR (R$)** |
| CUSTEIO | 3390.20 CUSTEIO |  |
| **TOTAL** |  |

|  |
| --- |
| **Vigência Início: / / Término: / /**  |
| Os recursos serão liberados pela CAPES em função de suas disponibilidades orçamentárias e financeiras, podendo ocorrer em uma ou mais parcelas. Havendo desembolsos em exercícios futuros a CAPES emitirá Nota de Empenho no respectivo exercício do desembolso.A liberação de cada parcela será feita através de SLR – Solicitação de Liberação de Recursos, pela área finalística, e encaminhada ao setor financeiro para as providências de pagamento. |
| **De Acordo. Autorizo a Concessão** | **Aceite da Concessão pelo Beneficiário.** |
| Autorizamos a Concessão do Apoio Financeiro nos valores aprovados, e descritos acima. | Em: / /  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROFa. Dra. Margarida Lima CarvalhoORDENADORA DE DESPESAS | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prof(a)a. Dr(a) Nome do BeneficiárioBENEFICIÁRIO DO AUXÍLIO |

**ANEXO III**

|  |
| --- |
| **ENCAMINHAMENTO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS** |
| **IDENTIFICAÇÃO**  |
| Programa de Pós-Graduação: |
| Edital PROPEG nº: | PROCESSO SEI: |
| Período de utilização dos recursos: | De \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA** |
| **CATEGORIA** | **SALDO ANTERIOR (A)** | **VALOR RECEBIDO (B)** | **VALOR UTILIZADO (C)** | **SALDO (D)****(D = A + B - C)** |
| **Custeio** |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |
| **Saldo** | ( ) Devolvido conf. comprovante de depósito anexo. ( ) Em meu poder. (\*) |

**(\*) Obs.: Somente poderá apresentar saldo em poder do Beneficiário na coluna “D” da Movimentação Financeira, quando se tratar de Prestação de contas parcial. Neste caso, o saldo apurado na coluna “D” deverá ser transportado para a coluna A (“Saldo Anterior”) da prestação de contas seguinte.**

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DO(A) COORDENADOR(A)** |
| Declaro que a aplicação dos recursos foi feita de acordo com o plano de trabalho aprovado pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPEG, responsabilizando-me pelas informações contidas nesta prestação de contas.Local \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_Assinatura do(a) coordenador(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **EDITAL PROPEG Nº:**  |
| Programa de Pós-Graduação: |
| **Item** | **Nº Fatura/ Nota Fiscal/ Recibo** | **Data**  | **Tipo de despesa (CUSTEIO)** | **Favorecido(a)** | **Valor** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Total** | **R$** |
| Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do(a) coordenador(a) |

**ANEXO IV**

**RELAÇÃO DE PAGAMENTOS**

**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE DIÁRIAS**

**COORDENADOR(A)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordenador(a):** | **CPF:**  |
| **MATRÍCULA SIAPE:** |
| **PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO:** |
| **DECLARAÇÃO** |
| Declaro, para os devidos fins, à Universidade Federal do Acre – UFAC, que utilizei os *recursos provenientes do Edital PROPEG nº \_\_\_, no valor de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), destinados à cobertura de () diária(s), referentes ao período de //* a //, com valor unitário de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| **OBSERVAÇÃO:** | **ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A):** |
|  | Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do(a) coordenador(a) |

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE DIÁRIAS**

**PARTICIPANTES**

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO** |
| Declaro, para os devidos fins, à Universidade Federal do Acre – UFAC, que recebi do(a) Coordenador(a) do projeto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, recursos provenientes do Edital PROPEG nº \_\_\_\_, no valor de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), destinados à cobertura de () diária(s), referentes ao período de //* a //, com valor unitário de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| **OBSERVAÇÃO:** | **ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)** |
| Declaração exclusiva para despesas com diárias do(a) participante da pesquisa, EXCETO COORDENADOR(A). | Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do(a) beneficiário(a) Matrícula SIAPE nº \_\_\_\_\_\_\_ |

**ANEXO VII**

**DECLARAÇÃO DE AUXÍLIO A ESTUDANTES/PESQUISADORES**

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficiário(a) | CPF:  |
| Endereço:  |
| **DECLARAÇÃO** |
| Declaro, para os devidos fins, à Universidade Federal do Acre – UFAC, que recebi do(a) Coordenador(a) do projeto em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, recursos provenientes do Edital PROPEG nº , a título de auxílio, no valor de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*. |
| **OBSERVAÇÃO:** | **ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)** |
| Declaração exclusiva para despesas com AUXÍLIO A ESTUDANTE/PESQUISADOR VINCULADO AO PROJETO. | Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do(a) beneficiário(a) |

**ANEXO VIII**

**RECIBO - SERVIÇO DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA**

|  |
| --- |
| EDITAL PROPEG N.º:  |
| PROJETO N.º: |
| Programa de Pós-Graduação:  |
| **RECIBO** |
| Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nome do Beneficiário do Auxílio) declaro que recebi da coordenação do Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a importância de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em caráter eventual e sem vínculo empregatício, a título de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (identificação do serviço) no período de \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, conforme descrito abaixo.**VALOR DA REMUNERAÇÃO R$****Deduções** { **R$**{ **R$****Líquido recebido R$** |
| Descrição da atividade realizada:  |

|  |
| --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR DE SERVIÇO |
| Nome | CPF |
| Profissão: | RG / Passaporte (se estrangeiro): |
| Endereço Completo: |

|  |
| --- |
| TESTEMUNHAS (na falta dos dados de identificação do Prestador de Serviço) |
| (1) Nome | CPF |
| Profissão: | RG |
| Endereço Completo: | Assinatura |
| (2) Nome | CPF |
| Profissão: | RG |
| Endereço Completo: | Assinatura |

|  |
| --- |
| **ASSINATURAS COORDENADOR(A)/PRESTADOR DO SERVIÇO** |
| Atesto que os serviços constantes do presente recibo foram prestados.Em \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. | Por ser verdade, firmo o presente recibo. Em \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. |
| Assinatura do(a) coordenador(a) | Assinatura do Prestador de Serviço |

**ATENÇÃO**: Utilizar este modelo quando ocorrer pagamento à serviço de pessoas físicas que não possuam talonários de Notas Fiscais de Serviços (**Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física**).