## **ANEXO II - PLANO DE TRABALHO**

**PLANO DE TRABALHO DO TERMO DE EXECUÇÃO DESCENTRALIZADA**

| 1. **DADOS CADASTRAIS DA UNIDADE DESCENTRALIZADORA** |
| --- |
| Estas informações devem ser solicitadas ao órgão que repassará os recursos do TED  **a)** **Unidade Descentralizadora e Responsável**  Nome do órgão ou entidade descentralizador(a): SETEC / Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica  Nome da autoridade competente:  Número do CPF:  Nome da Secretaria/Departamento/Unidade Responsável pelo acompanhamento da execução do objeto do TED:  **b)** **UG SIAFI**  Número e Nome da Unidade Gestora - UG que descentralizará o crédito:  Número e Nome da Unidade Gestora - UG Responsável pelo acompanhamento da execução do objeto do TED: |
| 1. **DADOS CADASTRAIS DA UNIDADE DESCENTRALIZADA** |
| **a)** **Unidade Descentralizada e Responsável**  Nome do órgão ou entidade descentralizada: IFMS / Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul  Nome da autoridade competente: Nome do Reitor atual  Número do CPF: cpf do Reitor atual  Nome da Secretaria/Departamento/Unidade Responsável pela execução do objeto do TED: setor/campus/reitoria responsável pela execução  **b) UG SIAFI**  Número e Nome da Unidade Gestora - UG que receberá o crédito: 158132 – INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MATO GROSSO DO SUL - 26415  Número e Nome da Unidade Gestora -UG responsável pela execução do objeto do TED: 158132 – INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MATO GROSSO DO SUL - 26415 |
| 1. **OBJETO:**   Descrever o mais sucinto possível qual será o objetivo a ser alcançado. |
| 1. **DESCRIÇÃO DAS AÇÕES E METAS A SEREM DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO TED:**   Demonstrar a situação que ensejou a necessidade do TED, relacionar como essa situação será modificada com os recursos recebidos do TED, **i**ndicar a localidade, o público-alvo, dentre outros aspectos capazes de definir o alcance. |
| 1. **JUSTIFICATIVA E MOTIVAÇÃO PARA CELEBRAÇÃO DO TED:**   Esplanar objetivamente a relevância do projeto como solução a um problema existente ou necessidade identificada, demonstrar de forma qualitativa e quantitativas. Justificar porque o TED deve ser implantado e executado. Demonstrar a situação que motivou a necessidade do TED e relacionar com o objeto. |
| 1. **SUBDESCENTRALIZAÇÃO** |
| A Unidade Descentralizadora autoriza a subdescentralização para outro órgão  ou entidade da administração pública federal?  ( )Sim  ( X )Não |
| 1. **FORMAS POSSÍVEIS DE EXECUÇÃO DOS CRÉDITOS ORÇAMENTÁRIOS:** |
| A forma de execução dos créditos orçamentários descentralizados poderá ser:  ( X ) Direta, por meio da utilização capacidade organizacional da Unidade  Descentralizada.  ( ) Contratação de particulares, observadas as normas para contratos da  administração pública.  ( ) Descentralizada, por meio da celebração de convênios, acordos, ajustes ou  outros instrumentos  congêneres, com entes federativos, entidades privadas sem fins lucrativos,  organismos internacionais ou fundações de apoio regidas pela Lei nº 8.958,  de 20 de dezembro de 1994.  ***Observação:***  ***1)* *Podem ser marcadas uma, duas ou três possibilidades.***  ***2)* *Não é possível selecionar forma de execução que não esteja prevista no Cadastro de Ações da ação orçamentária específica, disponível no SIOP.*** |
| 1. **CUSTOS INDIRETOS (ART. 8, §2°)** |
| A Unidade Descentralizadora autoriza a realização de despesas com custos operacionais necessários à consecução do objeto do TED?  ( )Sim  ( X )Não |
| 1. **CRONOGRAMA FÍSICO-FINANCEIRO** |
| | METAS | DESCRIÇÃO | UNIDADE DE MEDIDA | QUANTIDADE | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | ÍNICIO | FIM | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 1. **CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO** |
| | MÊS/ANO | VALOR R$ | | --- | --- | |  |  | |
| 1. **PLANO DE APLICAÇÃO CONSOLIDADO - PAD** |
| | CÓDIGO DA NATUREZA DA DESPESA | CUSTO INDIRETO | VALOR PREVISTO | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  |  | |
| 1. **PROPOSIÇÃO** |
| Local e data  Campo Grande, XX de mês de 2021.  Nome e assinatura do Responsável pela Unidade Descentralizada  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nome do Reitor atual**  **Reitor do IFMS** |
| 1. **APROVAÇÃO** |
| Local e data  Brasília, xx de mês de 20xx.  Nome e assinatura do Responsável pela Unidade Descentralizadora    **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nome da autoridade que irá representar o órgão repassador** |