



PLANO DE TRABALHO

Referente à Proposta de **Convênio entre o IF Baiano e o(a)** (informar o nome da instituição ou organização parceira)

1. DADOS INSTITUCIONAIS

1.1 IF Baiano

Nome	Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano			Sigla	IF Baiano
CNPJ N°	10.724.903/0001-79				
Endereço	Rua do Rouxinol, 115, Imbuí				
Cidade	Salvador/BA	CEP	40.170-110	Telefone	71-3186-0011
E-mail	gabinete@ifbaiano.edu.br/		Sítio eletrônico	www.ifbaiano.edu.br	
Natureza Jurídica	Autarquia Federal				
Atividade Econômica Predominante	Educativa e Tecnológica				
Representante Legal					

1.2 Instituição Parceira

*Informar os dados da instituição parceira e do seu representante legal

Razão Social				Sigla	
CNPJ N°					
Endereço				Cidade	
Estado		CEP		Telefone	
Caixa Postal		Telefone		Fax	
E-mail			Sítio eletrônico		
Natureza de Atuação da Instituição*					
Atividade Econômica Predominante					
Representante legal da instituição parceira					
Nome do representante Legal					
CPF		RG			
Telefone				E-mail	
Endereço					
Cidade		CEP		UF	

*Informar de forma detalhada em que setor econômico/atividade está inserida a instituição ou organização.

1.3. Fundação de Apoio

Nome				Sigla	
CNPJ N°					
Endereço				Cidade	



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA BAIANO

Estado		CEP		Telefone	
Caixa Postal		Telefone		Fax	
E-mail		Sítio eletrônico			
Natureza Jurídica					
Atividade Econômica Predominante					
Representante Legal					

2. DADOS DO (A) RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO DA PARCERIA E DO COORDENADOR (A) DO PROJETO

2.1. Responsável direto pela solicitação da parceria no IF Baiano

*Informar qual será o setor no IF Baiano responsável pela solicitação da parceria.

Direção Geral Diretoria Sistêmica Pró-Reitoria

Nome					
Cargo			Função		
Portaria					

2.2. Coordenador(a) no IF Baiano

*Informar quem coordenará a parceria no IF Baiano e na instituição ou organização parceira.

Lotação		Unidade de lotação			
Nome					
Cargo			CPF		
RG			Órgão Expedidor		
Endereço					
Cidade		UF		CEP	
Caixa Postal		Telefone		Fax	
E-mail					

2.3. Coordenador (a) na Organização ou instituição parceira

Nome					
CPF					
RG			Órgão Expedidor		
Endereço					
Cidade		UF		CEP	
Caixa Postal		Telefone		Fax	
E-mail					

3.1. Título

(Informar qual o título da proposta a ser executada em conjunto com a instituição parceira)

3.2. Objeto



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA BAIANO

(Informar qual o produto do convênio ou acordo de cooperação, observados o programa de trabalho e as suas finalidades).

3.3. Objetivos

(Informar os objetivos para a formalização desta parceria)

3.4. Período de realização

Início: mês/ano

Término: mês/ano

Informar início da parceria (mês e ano) considerando o prazo mínimo de 22 dias para tramitação antes do início das atividades previstas.

3.5. Justificativa

(Informar a justificativa da parceria, contendo a caracterização dos interesses recíprocos, a relação entre a proposta apresentada e os objetivos das instituições envolvidas e do problema a ser resolvido).

3.6. Resultados Esperados

(Informar sobre os resultados esperados na execução da Proposta).

3.7. Público-alvo

(Informar qual o público-alvo beneficiado com a parceria).

3.8. Metas a serem atingidas

(Parcela quantificável do objeto da parceria)

3.9. Indicadores

4. RELAÇÃO DA PARCERIA COM O TRIPÉ ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E À MISSÃO INSTITUCIONAL DOS PARTICIPANTES

(Informar qual a correlação da parceria com o tripé ensino, pesquisa e extensão e à missão institucional do IF Baiano e da instituição parceira)

5. RESPONSABILIDADES

5.1. Responsabilidade do IF Baiano

5.2. Responsabilidade do parceiro

6. MECANISMOS DE ACOMPANHAMENTO DE EXECUÇÃO

(Informar como será realizado o acompanhamento da execução das ações da parceria)

6.1 De responsabilidade da IF Baiano:

6.2 De responsabilidade do Parceiro:

6.3 De responsabilidade da Fundação:

5. COMISSÃO GESTORA E EQUIPE EXECUTORA DO PROJETO

(Descrever o papel de cada uma das comissões)

5.1. Comissão Gestora:

Nome:

Cargo:

Carga horária disponível para a realização das atividades:

5.2. Comissão Executiva:

Nome:

Cargo:

Carga horária disponível para a realização das atividades:

6. ETAPAS E CRONOGRAMA FÍSICO DO PROJETO

Atividades	20XX												
	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA BAIANO

7. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

8. ORÇAMENTO

(Identificar origem do recurso)

9. Utilização dos Recursos

(Detalhar como os recursos da parceria serão utilizados e a responsabilidade)

10. Plano de Aplicação dos Recursos

Etapas	Período de realização	Tipo de despesa	Recursos a aplicar (R\$)	Instituição ou organização responsável

Total de recursos a aplicar pela instituição ou organização parceira: R\$ _____

Total de recursos a aplicar pelo IF Baiano: R\$ _____

TOTAL GERAL do investimento: R\$ _____

11. BENS ADQUIRIDOS

(informar a destinação dos bens adquiridos com o recurso da parceria, destinação e outras informações pertinentes)

12. Prestação de Contas

12.1 Atividades Passíveis de Pagamento com os Recursos Disponibilizados

12.2 Itens Passíveis de Pagamento com os Recursos Disponibilizados

12.3 Classificação de Despesas com Serviços de Terceiros

12.4. Acompanhamento da Prestação de Contas

12.5 Documentos que Constituem a Prestação de Contas

12.6. Prazo para Prestação de Contas

12.7. Planilha de Desembolso

Exemplo:

Elementos de despesa	PARCELAS							Total
	Primeira	Segunda	Terceira	Quarta	Quinta	Sexta		
TOTAL GERAL								

13. DISPOSIÇÃO GERAL

As atividades a serem desenvolvidas por meio deste Plano de Trabalho deverão ser realizadas em consonância com o Acordo de Cooperação Técnica nº ____/20__ entre o IF Baiano e o (a) (nome do parceiro). (Atenção: não preencher o número do acordo)

Salvador, __ de _____ de ____.

Reitor(a) - IF Baiano

Representante Legal
Instituição Parceira



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA BAIANO

TESTEMUNHAS:

Nome:

CPF:

(Uma testemunha da instituição ou organização parceira)

Nome:

CPF:

(Uma testemunha do IF Baiano)