**ANEXO II – PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO E CAPACITAÇÃO (PPTC)**

Além dos dados solicitados este PPTC deverá conter, no mínimo, as informações exigidas no Art. 116, §1º da Lei Federal nº 8.666/93, quais sejam:

I - identificação do objeto a ser executado;

II - metas a serem atingidas;

III - etapas ou fases de execução;

IV - plano de aplicação dos recursos financeiros;

V - cronograma de desembolso;

VI - previsão de início e fim da execução do objeto, bem assim da conclusão das etapas ou fases programadas.

# DADOS CADASTRAIS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO PARCEIRO PRIVADO** | | | | | | | | | | |
| Convenente: | | | | | | | | | CNPJ: | |
| Endereço: | | | | Nº: | | | | | Bairro: | |
| Cidade: | | | | UF: | | | | | CEP: | |
| Inscrição Estadual: | | Telefone: ( ) | | | | | | | | |
| Nome do Responsável: | | | | | | | | | | |
| RG: | Órgão emissor/UF: | | | | | | | | CPF: | |
| Endereço: | | | | | Nº: | | | | Bairro: | |
| Cidade: | | | | | | UF: | | | CEP: | |
| E-mail: | | | | | Telefone: ( ) | | | | | |
| Cargo que ocupa: | | | | | | | | | | |
| Tempo de atuação no mercado: | | Mercado apresenta sazonalidade:  Sim ( ) Não ( ) | | | | | | | | |
| Principais mercados de atuação: | | | | | | | | | | |
| Principais fornecedores: | | | | | | | | | | |
| Principais clientes: | | | | | | | | | | |
| Número de empregados: | | | | | | | | | | |
| Quantidade de egressos do Sistema Prisional contratada nos últimos 05 (cinco) anos: | | | | | | | | | | |
| Possui terceirização de processos produtivos: Sim ( ) Não ( ) | | | | | | | Quantos postos terceirizados: | | | |
| Número de empregados capacitados ao longo do último ano: | | | | | | | | | | |
| Principais capacitações realizadas: | | | | | | | | | | |
| Percentual (%) de empregados com ensino: | | | Fundamental | | | | | Médio | | Superior |
|  | | | | |  | |  |
| **SEGURANÇA NO TRABALHO** | | | | | | | | | | |
| Sinistros ocorridos nos últimos 5 (cinco) anos: | | | | | | | | | | |
| Acidentes de trabalho com lesões nos últimos 5 (cinco) anos: | | | | | | | | | | |
| Acidentes registrados nos últimos 12 meses (qualquer nível de gravidade): | | | | | | | | | | |
| Incluir relatório de atividades de segurança de trabalho desenvolvidas nos últimos 12 meses: | | | | | | | | | | |
| O Proponente possui seguro coletivo para os trabalhadores: Sim ( ) Não ( ) | | | | | | | | | | |

# DESCRIÇÃO DO PROJETO

|  |  |
| --- | --- |
| **DAS ATIVIDADES** | |
| Descrição das atividades: | |
| Unidade Penal de Lotação dos Reeducandos: | |
| Prazo de vigência: \_\_\_\_\_\_\_\_ (meses). | |
| **Metas:** Atingir a quantidade mínima mensal de \_\_\_\_\_ reeducandos para atividades de trabalho. | |
| Trabalho: Externo ( ) Interno ( ) | |
| Regime: Fechado ( ) Semiaberto ( ) | |
| Número de apenados por turno: | Turnos de trabalho: |
| Selo Nacional de Responsabilidade Social pelo Trabalho no Sistema Prisional:  Sim ( ) Não ( ) Quantidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Plano de Gerenciamento de Resíduos relacionado à atividade laboral a ser desenvolvida:  Sim ( ) Não ( ) | |
| Identificação de matérias primas (insumos), forma de embalagem, frequência de entrega: | |
| Identificação de produtos finais, forma de embalagem e frequência de extração das oficinas: | |
| Observações complementares: | |

# QUADRO DAS FUNÇÕES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES LABORAIS**  **(funções/cargos a serem exercidos, caracterizando as ações)** | | | |
| Função: | Número de reeducandos para a função: | | |
| Grau de complexidade: Alto ( ) Intermediário ( ) Baixo ( ) | | | |
| Requer conhecimento técnico: Alto ( ) Intermediário ( ) Baixo ( ) | | | |
| Uso de ferramentas manuais: Alto ( ) Intermediário ( ) Baixo ( ) | | | |
| Uso de ferramentas elétricas portáteis: Alto ( ) Intermediário ( ) Baixo ( ) | | | |
| Uso de máquinas a serem instaladas: Sim ( ) Não ( ) | | | Quais: |
| Uso de uniforme específico para a função: Sim ( ) Não ( ) | | | Qual: |
| Equipamentos de proteção individual necessários:  Sim ( ) Não ( ) | | Quais: | |
| Descrição da atividade: | | | |
| Exposição a agentes químicos físicos perigosos: | | | |

# QUADRO DE CAPACITAÇÃO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CAPACITAÇÃO** | **DESCRIÇÃO DA AÇÃO** | **REALIZAÇÃO - MINISTRANTE** | | **QUANTIDADE DE INTERNOS** | **CARGA HORÁRIA** |
| **INTERNA** | **EXTERNA** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

# QUADRO DE AÇÕES COMPLEMENTARES (ações educacionais e preparatórias à reinserção ao mercado de trabalho)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AÇÃO** | **DESCRIÇÃO DA AÇÃO** | **REALIZAÇÃO- MINISTRANTE** | | **QUANTIDADE DE INTERNOS** | **CARGA HORÁRIA** |
| **INTERNA** | **EXTERNA** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

# QUADRO E CRONOGRAMA DE MELHORIAS PREVISTAS (pequenos reparos e ajustes prediais a serem feitos sem caracterização de novas obras)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AÇÃO DE MELHORIA** | **DESCRIÇÃO** | **PRAZO DE EXECUÇÃO** | **PREVISÃO DE INICIO** | **EXECUÇÃO INTERNA OU EXTERNA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# QUADRO DE DEMANDA DE INSUMOS ELÉTRICOS E HIDRÁULICOS (listar equipamentos que serão instalados para execução das atividades)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **EQUIPAMENTOS** | **POTÊNCIA TOTAL INSTALADA (KW)** | **TEMPO DE USO DIÁRIO (horas)** | **USO EM HORÁRIO DE PONTA (das 18h30 às 21h30) (KW)** | |
| **SIM** | **NÃO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EQUIPAMENTO** | **DEMANDA HIDRÁULICA** | **OUTRAS DEMANDAS ESPECÍFICAS** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# PROJETOS DE INSTALAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO (para pequenas obras de adequação)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEFINIÇÃO** | **MEMORIAL DESCRITIVO** | **PRAZO DE EXECUÇÃO** | **PREVISÃO DE INICIO** | **EXECUÇÃO INTERNA OU EXTERNA** |
|  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável pelo Parceiro Privado

Nome:

CPF: