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

1. **DADOS CADASTRAIS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS EMPRESARIAIS** | | | | | | | | | | | | | |
| Convenente: | | | | | | | | | | | CNPJ: | | |
| Endereço: | | | | | | | | | N: | | Bairro: | | |
| Cidade: | UF: | | CEP: | | | | DDD/Telefone: | | | | Inscrição Estadual: | | |
| Nome do Responsável: | | | | | | | | | | | CPF: | | |
| RG: | | | | | | | | | | | Órgão emissor/UF: | | |
| Endereço: | | | | | | | | | N: | | Bairro: | | |
| Cidade: | | UF: | | | | CEP: | | | | | DDD/Telefone: | | |
| E-mail: | | | | | | | | | | | | | |
| 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 contratados 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 | | | Secundário | Superior |
|  | | | | |  | | |  |  |
| **SEGURANÇA NO TRABALHO** | | | | | | | | | | | | | |
| Sinistros ocorridos nos últimos 5 (cinco) anos: | | | | | | | | | | | | | |
| Acidentes de trabalho com lesões nos últimos 5 (cinco) anos: | | | | | | | | | | | | | |
| Acidentes registrados no ultimo ano (qualquer nível de gravidade): | | | | | | | | | | | | | |
| Incluir relatório de atividades sociais desenvolvidas nos último ano | | | | | | | | | | | | | |
| A empresa possui seguro coletivo para os trabalhadores: Sim ( ) Não ( ) | | | | | | | | | | | | | |
| **UNIDADE PRISIONAL** | | | | | | | | | | | | | |
| **Unidade:** | | | | | | | | | | **Item e quantidade de apenados previstos (proposta):** | | | |
| Trabalho: Interno ( ) Externo ( ) | | | | | | | | | | | | | |
| Regime: Fechado ( ) Semiaberto ( ) | | | | | | | | | | | | | |
| **Numero total de apenados previstos (proposta):**  **Numero 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 ( )** | | | | | | | | | | | | | |

1. **DESCRIÇÃO DO PROJETO**

|  |
| --- |
| **RAMOS DA ATIVIDADE** |
| Descrição da atividade: |
| 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: |

1. **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: | | |

1. **QUADRO DE CAPACITAÇÃO**

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

1. **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** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

Assinatura do Responsável pela Empresa

Nome:

CPF: