

FORMULÁRIO PADRÃO DE AVALIAÇÃO ANUAL DE DESEMPENHO

Órgão/Entidade: **FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO**

Nome do Servidor:

Matrícula:

Unidade de Lotação:

Data de Nomeação:

Avaliação Referente ao Exercício

Ano:

Nº	CRITÉRIOS -C	SITUAÇÕES OBSERVÁVEIS	AVALIAÇÃO Pontos de 0 a 10
C1	COMPORTAMENTO NO TRABALHO	Cumprir a jornada de trabalho	
		Comunica à chefia e aos membros de sua equipe as ausências necessárias durante o horário de trabalho	
		Cumprir os horários estabelecidos	
C2	QUALIDADE NO TRABALHO	Realiza os trabalhos sem necessidade de refazê-los em função de erros, evitando deixar pendências	
		Executa os trabalhos de acordo com as exigências legais, determinações e normas aplicáveis.	
		Ensina o trabalho sob sua responsabilidade a outros servidores, quando necessário.	
		Esclarece dúvidas dos clientes e de outros servidores quanto as rotinas sob a sua responsabilidade	
C3	INICIATIVA	Apresenta sugestões para melhoria das rotinas e dos procedimentos referentes aos serviços de sua unidade	
		Tem a iniciativa de adquirir novos conhecimentos e habilidades no seu campo de atuação	
		Oferece ajuda quando detecta acúmulo de serviços no âmbito de sua unidade	
C4	EFICIÊNCIA	Executa as tarefas sem necessidade de intervenção do superior imediato	
		Cumprir as metas pelas quais é responsável	
		Cumprir os prazos estabelecidos, entregando as tarefas sob a sua responsabilidade no tempo previsto	
C5	RESPONSABILIDADE	Mantém sigilo profissional de suas atividades e de outras que por força de suas atribuições tenha conhecimento	
		Compromete-se com as suas tarefas e com as metas estabelecidas pelo órgão ou entidade	
		Preserva a integridade dos equipamentos sob sua responsabilidade	

Pontuação Obtida no Formulário

Média Final do Formulário*

Nome do Avaliador(a):

Assinatura

Local e Data

(*) É o somatório da pontuação obtida no formulário, dividida pela quantidade de situações observáveis.

PARA O AVALIANDO PREENCHER	
SUGESTÃO DO SERVIDOR	SERVIDOR - Comentário
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Assinatura:	Assinatura:
Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
PARA OS AVALIADORES PREENCHEREM	
CHEFE -Comentário:	AVALIADOR - Comentário:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Assinatura:	Assinatura:
Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
OCORRÊNCIAS: Preenchimento do campo quando da impossibilidade de avaliar o servidor durante o período, considerando uma das seguintes opções marcar apenas 1 (uma) opção: 1.() Exoneração a pedido do servidor 2.() Licença para tratamento de saúde- período: de ____/____/____ à ____/____/____ 3. () Licença maternidade - Período: de ____/____/____ à ____/____/____ 4.() Mudança de setor, departamento ou cidade a pedido da Instituição (anexar cópia do documento de solicitação) 5.() Outras _____	RECOMENDAÇÕES PARA O PLANO DE DESENVOLVIMENTO () Treinamento (em que?) _____ () Remanejamento (para onde ? por que?) _____ _____ () Capacitação (em quê?) _____ () Disponibilidade _____ () Reavaliação de Saúde física e mental (anexar resultado dos exames) _____ () Outros (em quê?) _____ _____ Assinatura: Data: ____/____/____
DATA DA ENTREVISTA ____/____/____	RESULTADO FINAL DO COMITE () Média _____ Data: ____/____/____ _____ Assinatura do Chefe:
ASSINATURA AVALIANDO:	
Ciente: _____ Concordo ()	Não concordo ()