



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

Formulário de pedido de Reconsideração de Avaliação de Desempenho Individual – Chefia – Cedido -
ATPS

IDENTIFICAÇÃO

Dados do ciclo

Ciclo de avaliação: 01/07/2017 a 30/06/2018

Período avaliativo: 01/04/2018 a 31/05/2018

Unidade organizacional:

Nome da equipe:

Chefe da equipe:

IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADOR

Matrícula:

Nome:

Cargo:

Função:

CPF:

Email:

Órgão (externo):

IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADO

Matrícula:

Nome:

Função:

Cargo:

Situação funcional:

Unidade de exercício:

Email:

CPF:

Município/UF:

FATORES MÍNIMOS DE COMPETÊNCIA

JUSTIFICATIVAS		Evidências	Pontuação			
1. CAPACIDADE TÉCNICA	Avaliado	Solicitado (s)	4	3	2	1
		1H1				
		1C1				
		1C2				
		1H2				
	Avaliador	Concedido(s)	4	3	2	1
		1H1				
		1C1				
		1C2				
	1H2					
2. COMPROMETIMENTO COM O TRABALHO	Avaliado	Solicitado (s)	4	3	2	1
		2C1				
		2H1				
		2H2				
		2H3				
	Avaliador	Concedido(s)	4	3	2	1
		2C1				
		2H1				
	2H2					

3. CUMPRIMENTO DE NORMAS DE PROCEDIMENTO E DE CONDUTA		2H3				
	Avaliado	Solicitado (s)	4	3	2	1
		3C1				
		3C2				
		3H1				
		3H2				
	Avaliador	Concedido(s)	4	3	2	1
		3C1				
		3C2				
		3H1				
4. TRABALHO EM EQUIPE	Avaliado	Solicitado (s)	4	3	2	1
		4C1				
		4H1				
		4H2				
		4H3				
	Avaliador	Concedido(s)	4	3	2	1
		4C1				
		4H1				
		4H2				
		4H3				
RESULTADO DO PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO						
		Atual	Solicitado	Concedido		
Fatores mínimos de competências (FMC)						
Resultado: () Deferido () Deferido parcialmente Indeferido ()						
Aceite do resultado do pedido de reconsideração						
<input type="checkbox"/> Concordo com o resultado da avaliação			<input type="checkbox"/> Discordo do resultado da avaliação			
Data: ____/____/____			Data: ____/____/____			
_____ Assinatura do avaliado			_____ Assinatura do avaliador			