



**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:

**IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADO**

Matrícula:

Nome:

Função:

Cargo:

Situação funcional:

Unidade de exercício:

Email:

CPF:

Telefone:

**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				

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