



IDENTIFICAÇÃO

Dados do ciclo

Ciclo de avaliação: 01/07/2023 a 30/06/2024

Período avaliativo: 01/04/2024 a 31/05/2024

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				

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 - PARES

	Atual	Solicitado	Concedido
Fatores mínimos de competências (FMC)			

Resultado: () Deferido () Deferido parcialmente Indeferido ()

Aceite do resultado do pedido de reconsideração

() Concordo com o resultado da avaliação

() Discordo do resultado da avaliação

Data: ____ / ____ / ____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do avaliado

Assinatura do avaliador