



## RESOLUÇÃO Nº. 012 DE 06 DE DEZEMBRO DE 2013

### AVALIAÇÃO PERIÓDICA DE DESEMPENHO – APD (ANEXO I)

Este formulário destina-se à avaliação periódica dos servidores Assistente e Técnico-administrativo estáveis, para fins de progressão vertical mediante critérios de merecimento.

IDENTIFICAÇÃO	
SERVIDOR AVALIADO:	MATRÍCULA:
CARGO:	DATA DE EXERCÍCIO:
CAMPUS DE LOTAÇÃO:	SETOR:
AVALIAÇÃO REFERENTE AO PERÍODO DE: / / A / /	ANO:
AVALIADOR:	FUNÇÃO:

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO SERVIDOR (AUTOAVALIAÇÃO) E PELO SEU CHEFE IMEDIATO**

ABAIXO ESTÃO OS CRITÉRIOS PARA PONTUAÇÃO
<b>Excelente (10 pontos)</b> - Supera expectativas, demonstrando padrão de excelência no critério avaliado.
<b>Ótimo (9 pontos)</b> - Acima do padrão esperado.
<b>Bom (8 - 7 pontos)</b> - Dentro do padrão esperado.
<b>Regular (6 - 5 pontos)</b> - Padrão ainda não satisfatório no critério avaliado.
<b>Ruim (4 - 3 pontos)</b> - Desenvolve de maneira insatisfatória dentro do padrão esperado.
<b>Péssimo (2 - 1 pontos)</b> - Muito aquém do padrão esperado.

**Dê uma nota de 0 a 10, conforme o critério de pontuação acima, para cada item a ser avaliado.**

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	AUTOAVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO DA CHEFIA
Abertura a mudanças		
Assiduidade		
Cooperação		
Cumprimento de prazos		
Compreensão do papel profissional		
Desenvolvimento profissional		
Flexibilidade		
Iniciativa		
Organização		
Pontualidade		
Relacionamento interpessoal		
Responsabilidade		
Trabalho em equipe		
<b>SOMATÓRIO DE PONTOS</b>		
<b>MÉDIA DE PONTOS (SOMATÓRIO DA AUTOAVALIAÇÃO+AVALIAÇÃO DA CHEFIA/13)</b>		

Assinatura do Servidor avaliado c/ carimbo

Assinatura da Chefia c/ carimbo



**ESTA SESSÃO DEVERÁ SER PREENCHIDA PELO SERVIDOR**

SUGESTÕES

**ESTA SESSÃO DEVERÁ SER PREENCHIDA PELO AVALIADOR**

COMENTÁRIO

**OCORRÊNCIAS**

**PREENCHIMENTO DO CAMPO QUANDO DA IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAR O SERVIDOR DURANTE O PERÍODO**

1. ( ) Exoneração 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. ( ) Outros.

**RECOMENDAÇÕES PARA O PLANO DE DESENVOLVIMENTO**

- ( ) Treinamento ( em quê?) \_\_\_\_\_
- ( ) Remanejamento ( para onde? Por quê?) \_\_\_\_\_
- ( ) Disponibilidade \_\_\_\_\_
- ( ) Reavaliação de saúde física e mental (anexar resultados dos exames) \_\_\_\_\_
- ( ) Outros (em quê ?) \_\_\_\_\_



**ASSINATURA DO AVALIADO**

Ciente \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Concordo ( ) Não concordo ( )

Espaço para manifestar objetivamente os motivos, caso não concorde com os critérios.

**ASSINATURA DOS MEMBROS DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO**

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE

\_\_\_\_\_  
MEMBRO

\_\_\_\_\_  
MEMBRO

LOCAL :

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



## AValiação Periódica de Desempenho – APD (ANEXO II)

Este formulário destina-se à avaliação periódica dos servidores docentes estáveis, para fins de progressão horizontal, mediante critérios de merecimento.

IDENTIFICAÇÃO	
SERVIDOR AVALIADO:	MATRÍCULA:
CARGO:	DATA DE EXERCÍCIO:
CAMPUS DE LOTAÇÃO:	SETOR:
AVALIAÇÃO REFERENTE AO PERÍODO DE:    /    /    A    /    /	ANO:
AVALIADOR:	FUNÇÃO:

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO SERVIDOR (AUTOAVALIAÇÃO) E PELO SEU CHEFE IMEDIATO**

ABAIXO ESTÃO OS CRITÉRIOS PARA PONTUAÇÃO
<b>Excelente (10 pontos)</b> - Supera expectativas, demonstrando padrão de excelência no critério avaliado.
<b>Ótimo (9 pontos)</b> - Acima do padrão esperado.
<b>Bom (8 - 7 pontos)</b> - Dentro do padrão esperado.
<b>Regular (6 - 5 pontos)</b> - Padrão ainda não satisfatório no critério avaliado.
<b>Ruim (4 - 3 pontos)</b> - Desenvolve de maneira insatisfatória dentro do padrão esperado.
<b>Péssimo (2 - 1 pontos)</b> - Muito aquém do padrão esperado.

**Dê uma nota de 0 a 10, conforme o critério de pontuação acima para cada item a ser avaliado.**

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	AUTOAVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO DA CHEFIA
Abertura a mudanças		
Assiduidade		
Cooperação		
Cumprimento de prazos		
Compreensão do papel profissional		
Desenvolvimento profissional		
Flexibilidade		
Iniciativa		
Organização		
Pontualidade		
Relacionamento interpessoal		
Responsabilidade		
Trabalho em equipe		
<b>SOMATÓRIO DE PONTOS</b>		
<b>MÉDIA DE PONTOS (SOMATÓRIO DA AUTOAVALIAÇÃO+AVALIAÇÃO DA CHEFIA/13)</b>		

Assinatura do Servidor avaliado  
por extenso ou c/ carimbo

Assinatura da Chefia  
por extenso ou c/ carimbo



## CONSECUÇÃO DE OBJETIVOS E METAS DE TRABALHO

1. Atividades de ensino de graduação e pós-graduação. (Descrever atuação no ensino, explicitando mudanças introduzidas, desafios e dificuldades no exercício).


2. Atividade de orientação: (Realiza orientação de aluno da graduação e pós-graduação? Descrever, se for o caso, identificando pontos fortes e fracos).


3. Descrever o andamento das atividades que visem à consecução de objetivos e metas de produção intelectual, identificando resultados gerados. (livros, artigos, apresentação de trabalho em evento científico e/ou artístico).


4. Descrever o andamento das atividades que visem à consecução de objetivos e metas de pesquisa. Identifique os resultados obtidos.


5. Descrever o andamento das atividades que visem à consecução de objetivos e metas de extensão. Identifique os resultados obtidos.




6. Descrever as atividades administrativas (comissões, colegiados, representações) identificando pontos fortes e fracos.


**PREENCHIMENTO DO CAMPO QUANDO DA IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAÇÃO DO SERVIDOR DURANTE O PERÍODO**

1. ( ) Exoneração 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. ( ) Outros.

**ASSINATURA DO AVALIADO**

\_\_\_\_\_

Ciente \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Concordo ( ) Não concordo ( )

Espaço para manifestar objetivamente os motivos, caso não concorde com os critérios.

--

**ASSINATURA DOS MEMBROS DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO**

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE

\_\_\_\_\_  
MEMBRO

\_\_\_\_\_  
MEMBRO

LOCAL:

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_