



Prefeitura Municipal de São Gonçalo
Secretaria Municipal de Administração

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR				Fl. 01/02	
Nome:				Unidade de Exercício:	
Cargo:					
Simbolo:	Matrícula:			Competência:	
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO					
Questões	Critérios de Avaliação			Grau de Atribuição	Grau Atribuído
I	Qualidade do Trabalho – grau de exatidão, correção e clareza dos trabalhos executados;			de 0 a 10 pontos	
II	Produtividade no Trabalho – quantidade de trabalho executado mensalmente, em comparação com os demais colegas de trabalho, que desempenhem atividade similar no órgão de lotação;			de 0 a 10 pontos	
III	Iniciativa – comportamento pró-ativo no âmbito da atuação, buscando garantir eficiência e eficácia na execução dos trabalhos;			de 0 a 10 pontos	
IV	Presteza – disposição de agir prontamente no cumprimento das demandas de trabalho;			de 0 a 10 pontos	
V	Assiduidade – comparecimento regular e permanência no local de trabalho;			de 0 a 10 pontos	
VI	Pontualidade – observância do horário de trabalho e cumprimento da carga horária definida para o cargo ocupado;			de 0 a 10 pontos	
VII	Administração do Tempo e Tempestividade – capacidade de cumprir as demandas de trabalho dentro dos prazos previamente estabelecidos;			de 0 a 10 pontos	
VIII	Uso adequado dos equipamentos e instalações de serviço – cuidado e zelo na utilização e conservação dos equipamentos e instalações no exercício das atividades e tarefas;			de 0 a 10 pontos	
IX	Aproveitamento dos recursos e racionalização de processos – melhor utilização dos recursos disponíveis, visando à melhoria dos fluxos dos processos de trabalho e a consecução de resultados eficientes;			de 0 a 10 pontos	
X	Capacidade de Trabalho em Equipe – capacidade de desenvolver as atividades e tarefas em equipe, valorizando o trabalho em conjunto na busca de resultados comuns.			de 0 a 10 pontos	
TOTAL					
CONCEITO					

Assinatura e Carimbo do Chefe Imediato



Prefeitura Municipal de São Gonçalo
Secretaria Municipal de Administração

Fls. 02/02

COMENTÁRIO: CRÍTICAS, SUGESTÕES E JUSTIFICATIVAS

PARECER DO(A) SUBSECRETÁRIO(A)

Data ____/____/____

Acompanha a avaliação da Chefia Imediata?

() SIM () NÃO¹

Nota 1 – Caso negativo, justificar no quadro abaixo.

JUSTIFICATIVA

Assinatura e Carimbo do(a) Subsecretário(a)

Assinatura e Carimbo do(a) Secretário(a)

CIÊNCIA DO SERVIDOR

Data ____/____/____

Assinatura e Carimbo do(a) Servidor(a)