

ANEXO II – RESOLUÇÃO N.º 4.895/2025
ACOMPANHAMENTO FUNCIONAL SEMESTRAL

1. INFORMAÇÕES GERAIS				
NOME DO SERVIDOR: CARGO: CPF: LF: INSTITUIÇÃO DE ENSINO: PERÍODO DE AVALIAÇÃO: CHEFIA IMEDIATA:				
2. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO				
CRITÉRIO	DESCRIÇÃO	Excelente	Bom	Insuficiente
Qualidade do Trabalho	Precisão e atenção aos detalhes. Cumprimento dos padrões de qualidade da instituição de ensino/ setor.	○	○	○
Produtividade	Volume de trabalho realizado no período. Eficiência no cumprimento das tarefas.	○	○	○
Cumprimento de Prazos	Capacidade de entregar todos os trabalhos dentro dos prazos estipulados. Organização no gerenciamento do tempo.	○	○	○
Comunicação e Colaboração	Efetividade na comunicação com colegas, superiores e/ou alunos. Contribuição para o trabalho em equipe.	○	○	○

3. ALTERAÇÕES NA PROPOSTA

Houve necessidade de alguma alteração nas atividades propostas, pela chefia imediata?

☐ Sim

☐ Não

Em caso de resposta positiva, justifique informando sobre a atuação do servidor readaptado e ações da chefia imediata.

--

4. COMISSÃO AVALIADORA

Componentes:

Nome

CPF

Função

Data da reunião:

 /

 /

 .

Chefia imediata

Nome:

Assinado e datado eletronicamente

5. CIÊNCIA DO SERVIDOR ADAPTADO

Nome

CPF

Data da ciência:

 /

 /

 .