



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:

 /

 /

 .