

ANEXO 2

**GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SAÚDE**
**AVALIAÇÃO PERIÓDICA DE DESEMPENHO
ACORDO DE DESEMPENHO - FORMULÁRIO 2 "A"**
INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

- 1- Preencher corretamente, sem rasuras e com clareza os Dados de Identificação;
 - 2- Discutir com o servidor avaliado as atribuições, os prazos e os meios necessários (plano de trabalho), à realização das atividades e/ou projetos que ficarão sob sua responsabilidade no interstício avaliatório;
 - 3- Registrar o plano de trabalho, por atividade e/ou projeto a ser desenvolvido, anexando tantas folhas adicionais se fizerem necessárias;
 - 4- Ao terminar de preencher, não esqueça de assinar, colher a assinatura do servidor avaliado e datar, a cada atividade e/ou projeto acordado;
- Obs. 1: você poderá adicionar novas atividades e/ou projetos neste formulário, durante todo o interstício avaliatório.
- Obs. 2: a revisão de qualquer atividade e/ou projeto, após acordado, deverá ser realizada no Formulário 2 "B", Acompanhamento de Desempenho.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

SERVIDOR AVALIADO:

MATRÍCULA Nº:

CARGO EFETIVO:

DATA DE ADMISSÃO (DIA/MÊS/ANO):

CARGO EM COMISSÃO (NOME E SÍMBOLO):

UNIDADE ADMINISTRATIVA:

NOME DA CHEFIA IMEDIATA:

CARGO DA CHEFIA IMEDIATA:

INTERSTÍCIO AVALIATÓRIO:

___/___/___ A ___/___/___

PLANO DE TRABALHO Nº ____

- a) Nome do projeto e/ou atividade:
- b) Período de realização acordado: ____/____/____ a ____/____/____
- c) Listar os recursos, meios e condições necessárias ao cumprimento do plano de trabalho:
- d) Descrever e/ou listar as atribuições que ficarão sob a responsabilidade do servidor:
- e) Outras observações (se necessário):

Data do acordo: ____/____/____	Ciente Servidor:	Ass. Chefia Imediata:
--------------------------------	------------------	-----------------------

PLANO DE TRABALHO Nº ____

- a) Nome do projeto e/ou atividade:
- b) Período de realização acordado: ____/____/____ a ____/____/____
- c) Listar os recursos, meios e condições necessárias ao cumprimento do plano de trabalho:
- d) Descrever e/ou listar as atribuições que ficarão sob a responsabilidade do servidor:
- e) Outras observações (se necessário):

Data do acordo: ____/____/____	Ciente Servidor:	Ass. Chefia Imediata:
--------------------------------	------------------	-----------------------