



## AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE NOVO FUNCIONÁRIO

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

ANEXO 2- PGS-MOS-EHS-010 - Rev02

Empresa:		Gerência:	
Área:		Função:	
Turno:		Data:	
Nome do Padrinho:			
Nome do Funcionário:			

### 1. AVALIAÇÃO

O funcionário teve um bom aproveitamento das informações repassadas durante a ambientação?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
O funcionário preenche corretamente as ferramentas de EHS (ARA, checklist, etc)?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA
O Funcionário assimilou corretamente os requisitos para execução de tarefas críticas? (NA = Não aplicável)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA
O funcionário demonstrou domínio na função?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
O funcionário está apto a executar suas funções sem acompanhamento?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	

### 2. AÇÕES PARA CORREÇÃO DOS DESVIOS IDENTIFICADOS

Preenchimento obrigatório sempre que forem identificados desvios ou o funcionário for considerado inapto.

Data	Desvio	Ação para correção	Responsável	Prazo

### 3. OBSERVAÇÕES

### 4. ASSINATURAS

Nome	Registro	Assinatura
Padrinho:		
Gestor:		