



AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE NOVO FUNCIONÁRIO

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

ANEXO 02- PGS-MOS-EHS-010 - REV03

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?	☐ SIM	☐ NÃO	
O funcionário preenche corretamente as ferramentas de EHS (ARA, checklist, etc)?	☐ SIM	☐ NÃO	☐ NA
O Funcionário assimilou corretamente os requisitos para execução de tarefas críticas?	☐ SIM	☐ NÃO	☐ NA
<i>(NA = Não aplicável)</i>			
O funcionário demonstrou domínio na função?	☐ SIM	☐ NÃO	
O funcionário está apto a executar suas funções sem acompanhamento?	☐ SIM	☐ 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:		