

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SERVIÇO: INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO, IP.

NIF	5	0	2	4	2	3	9	4	3
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Centro Sangue e Transplantação de: Lisboa Coimbra Porto Serviços Centrais

(A preencher pela equipa de avaliação)

Avaliadores	
Nome	
Cargo	
NIF	
Nome	
Cargo	
NIF	
Nome	
Cargo	
NIF	
Nome	
Cargo	
NIF	

Avaliado	
Categoria	
Unidade orgânica/Equipa médica	

Período em avaliação	/ /	a	/ /
----------------------	-----	---	-----

1. OBJETIVOS DA UNIDADE ORGÂNICA/EQUIPA MÉDICA

Descrição dos objetivos da unidade orgânica/Equipa médica

EXEMPLO



2. PARÂMETROS DA AVALIAÇÃO

2.1 OBJETIVOS INDIVIDUAIS

(A preencher no início do período de avaliação)

(A preencher no final do período de avaliação)

DESCRIÇÃO DO OBJETIVO DETERMINAÇÃO DOS INDICADORES DE MEDIDA E CRITÉRIOS DE SUPERAÇÃO			PONDERAÇÃO	AVALIAÇÃO		
				Objetivo superado (Pontuação 5)	Objetivo atingido (Pontuação 3)	Objetivo não atingido (Pontuação 1)
1	Objetivo					
	Indicadores de medida					
	Critérios de superação					
2	Objetivo					
	Indicadores de medida					
	Critérios de superação					
3	Objetivo					
	Indicadores de medida					
	Critérios de superação					

Pontuação do Parâmetro

Pela Equipa de avaliação, em ----/----/----

O avaliado, em ----/----/----

Os objetivos nº(s) -----foram reformulados em ----/----/---- constando de anexo a esta ficha

Pela Equipa de avaliação, em ----/----/----

O avaliado, em ----/----/----

2.2 COMPETÊNCIAS DE DESEMPENHO

(A preencher no início do período de avaliação)

(A preencher no final do período de avaliação)

COMPETÊNCIAS DE DESEMPENHO ESCOLHIDAS	
N.º	DESIGNAÇÃO

AVALIAÇÃO		
Competência demonstrada a um nível elevado (Pontuação 5)	Competência demonstrada (Pontuação 3)	Competência não demonstrada ou inexistente (Pontuação 1)

Obs: Competências constantes da Lista de Competências aprovada pelo Conselho Coordenador de Avaliação – Ata do CCA de ----/----/----

Pontuação do Parâmetro	
-------------------------------	--

Pela Equipa de avaliação,

em ___/___/___, _____

O avaliado, em ___/___/___, _____

3. AVALIAÇÃO FINAL

PARÂMETROS DA AVALIAÇÃO	A	B	C (AxB)
	PONTUAÇÃO	PONDERAÇÃO	PONTUAÇÃO PONDERADA
OBJETIVOS INDIVIDUAIS			
COMPETÊNCIAS DE DESEMPENHO			

AVALIAÇÃO FINAL – MENÇÃO QUALITATIVA	DESEMPENHO RELEVANTE	
	DESEMPENHO ADEQUADO	
	DESEMPENHO INADEQUADO	

4. FUNDAMENTAÇÃO DA MENÇÃO DE DESEMPENHO RELEVANTE

A avaliação com menção de “Desempenho Relevante”:

- Foi validada** em reunião do Conselho Coordenador da Avaliação realizada em ___/___/___, conforme consta da respetiva Ata.
- Não foi validada** em reunião do Conselho Coordenador da Avaliação realizada em ___/___/___, conforme consta da respetiva Ata, de cuja parte relevante se anexa cópia, tendo sido atribuída a menção de “Desempenho _____”, correspondendo a _____.

5. FUNDAMENTAÇÃO DA MENÇÃO DE DESEMPENHO INADEQUADO

Parâmetro Objetivos individuais
Parâmetro Competências de desempenho

A avaliação com menção de “Desempenho Inadequado”:

- Foi validada** em reunião do Conselho Coordenador da Avaliação realizada em ___/___/___, conforme consta da respetiva Ata.
- Não foi validada** em reunião do Conselho Coordenador da Avaliação realizada em ___/___/___, conforme consta da respetiva Ata, de cuja parte relevante se anexa cópia, tendo sido atribuída a menção de “Desempenho _____”, correspondendo a _____.

6. RECONHECIMENTO DO MÉRITO (DESEMPENHO EXCELENTE)

Foi reconhecido mérito (Desempenho Excelente) em reunião do Conselho Coordenador da Avaliação realizada em ___/___/____, com os fundamentos que constam da respetiva Ata, de cuja parte relevante se anexa cópia.

7. JUSTIFICAÇÃO DE NÃO AVALIAÇÃO

8. EXPECTATIVAS, CONDIÇÕES E/OU REQUISITOS DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL

9. DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

Áreas a desenvolver	Ações de formação profissional a considerar

10. COMUNICAÇÃO DA AVALIAÇÃO ATRIBUÍDA AO AVALIADO

Observações:

Tomei conhecimento da minha avaliação em reunião de avaliação realizada em ___/___/____

O avaliado, _____

11. HOMOLOGAÇÃO/DESPACHO DO DIRIGENTE MÁXIMO DO SERVIÇO

Aos ___/___/____, _____

12. CONHECIMENTO DA AVALIAÇÃO APÓS A HOMOLOGAÇÃO/DESPACHO DO DIRIGENTE MÁXIMO DO SERVIÇO

Tomei conhecimento da homologação/despacho do dirigente de nível superior relativo à minha avaliação em ___/___/____

O avaliado, _____