|  |
| --- |
| **ANEXO IX****INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO DE RESULTADOS** |
| EMPRESA AVALIADA: | Mês: / |
| UNIDADE AVALIADORA: | Data: / / |
| GESTOR/ADMINISTRADOR: |
|  |
| **ITEM** | **DESCRIÇÃO**  | **CRITÉRIOS** | **NOTA** |
|  | **PÉSSIMO****(1 A 2)** | **REGULAR****(3 a 4)** | **BOM** **(5 a 6)** | **MUITO BOM****(7 a 8)** | **ÓTIMO****(9 a 10)** | **SOMA**  |
| **1** **Vistoria dos postos:** | a) Permanência no posto |  |  |  |  |  |  |
| b) Atendimento de pronto |  |  |  |  |  |  |
| c) Atendimento de acordo com as necessidades do setor. |  |  |  |  |  |  |
|  | NOTA DO ITEM: |  |  |
| **Observações do avaliador:** |
|  |
|  | **PÉSSIMO****(1 A 2)** | **REGULAR****(3 a 4)** | **BOM** **(5 a 6)** | **MUITO BOM****(7 a 8)** | **ÓTIMO****(9 a 10)** | **SOMA** |
| **2** **Vistoria dos uniformes e acessórios:** | a) Uniformização adequada |  |  |  |  |  |  |
| b) Utilização de crachás |  |  |  |  |  |  |
|  | NOTA DO ITEM: |  |  |
| **Observações do avaliador:** |
|  |
|  | **PÉSSIMO****(1 A 2)** | **REGULAR****(3 a 4)** | **BOM** **(5 a 6)** | **MUITO BOM****(7 a 8)** | **ÓTIMO****(9 a 10)** | **SOMA** |
| **3** **Postura da (o) terceirizada(o):** | a) Tratamento adequado com as pessoas |  |  |  |  |  |  |
| b) Organização de informações |  |  |  |  |  |  |
| c) Pontualidade |  |  |  |  |  |  |
| d) Assiduidade |  |  |  |  |  |  |
| e) Planejamento do trabalho cotidiano. |  |  |  |  |  |  |
|  | NOTA DO ITEM: |  |  |
| **Observações do avaliador:** |
|  |
|  |
|  | **NOTA GERAL DOS ITENS:** |  |
|  |
| **IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Diretor da Unidade(Carimbo e assinatura) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Agente Sinfra(Carimbo e assinatura) |