SISTEMA DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO PROBATÓRIO - SAEP
PLANO DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL - PCDI

Fundamentação Legal: art. 27 da Lei nº 3.072/2002 e atualizações da Lei Complementar nº 284/2025.
Obrigatoriedade: Este documento deve ser preenchido obrigatoriamente sempre que houver atribuição de conceito **Regular (20 pontos)** ou **Insuficiente (10 pontos),** em qualquer quesito do Boletim Quadrimestral.

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do Servidor: _____

Matrícula: _____ **Cargo Efetivo:** _____

Secretaria/Setor de Lotação: _____

Nome da(s) Chefia(s) Imediata(s) – Avaliador(es):

_____

_____

_____

Nº do Boletim Quadrimestral:

Período: __/__/____ a __/__/____

2. MATRIZ DE EVIDÊNCIA FACTUAL (Preenchimento pelo Avaliador)

Identifique o quesito desalinhado e descreva os fatos objetivos que motivaram a nota baixa, evitando termos subjetivos.

2.1. Quesito(s) com Desempenho Crítico:

( ) Assiduidade	( ) Disciplina	(…) Produtividade
( ) Pontualidade	( ) Responsabilidade	( ) Aptidão Técnica
( ) Eficiência	( ) Relacionamento	( ) Habilidade Funcional

2.2. Descrição Narrativa do Fato Gerador (Fatos, datas e impactos no serviço):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

3. DIAGNÓSTICO CAUSAL (Construído em Reunião Conjunta)

Identifique a causa raiz do desalinhamento para direcionar as ações corretivas.

3.1. Fator Principal Identificado:

( ) Técnico: Necessidade de capacitação teórica ou operacional sobre as rotinas/sistemas.
( ) Operacional: Necessidade de readequação de fluxo de trabalho ou recursos materiais.
( ) Comportamental: Necessidade de ajuste de postura, cumprimento de normas ou engajamento.

4. PLANO DE METAS E AÇÕES CORRETIVAS (Critério SMART)

Defina o que será feito, como será medido o sucesso e qual o prazo limite para a resolução do problema.

Ação Corretiva (O que fazer?)	Indicador de Sucesso (Como medir?)	Prazo Limite (Até quando?)*
Ação 1:		
Ação 2:		
Ação 3:		

**Nota: O prazo máximo não pode ultrapassar o encerramento do próximo ciclo quadrimestral.*

5. TERMO DE COMPROMISSO E CIÊNCIA JURÍDICA

Ao assinarem este documento, as partes declaram ciência total sobre os termos acordados:

5.1. A Chefia Imediata compromete-se a fornecer as condições institucionais e o feedback necessário para viabilizar a recuperação do servidor.
5.2. O Servidor declara-se ciente de que as metas acima são de cumprimento obrigatório e que a persistência do rendimento crítico poderá acelerar o processo de desligamento por inaptidão funcional.

Venâncio Aires - RS, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor Avaliado **Assinatura da Chefia Imediata (Avaliador)**

6. PARECER DA COMISSÃO (Uso Exclusivo da COPROB)

( ) PCDI HOMOLOGADO: O plano atende aos requisitos técnicos e legais.
( ) PCDI REJEITADO: Necessita de ajustes na descrição factual ou nas metas estabelecidas.

Data de Recebimento: __/__/_____

Assinatura COPROB: _____