



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

DECRETO N° 131/2017

DE, 24 DE AGOSTO DE 2017.

DISPÕE SOBRE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS PARA COMPOR O CONSELHO FISCAL DO IMPS (Instituto Municipal de Previdência Social dos Servidores de Antonio João-MS), NO BIÊNIO 2017\2019, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

A PREFEITA MUNICIPAL DE ANTÔNIO JOÃO, Estado de Mato Grosso do Sul, no uso das atribuições que lhe confere o Art.º 50, inciso IV da Lei Orgânica Municipal,

DECRETA:

Art. 1º Nomeia, para compor o Conselho Fiscal do IMPS (Instituto Municipal de Previdência Social dos Servidores Públicos de Antonio João-MS), para o biênio 2017\2019, conforme descrito abaixo:

Instituições	Membros Titulares	Membros Suplentes
Poder Executivo	1- Fabiano Garcia Boeira	1- Eliezer de Almeida Lopes
Poder Legislativo	1- Celina Coene	
SIMDIMAJ Ativos	1- Selso Junior Penzo	1- Huslei Rodrigues da Silva
SIMDIMAJ Inativos	1- João Orzeni de Oliveira Martins	1- Aly dos Santos
SIMTED	1- Elizete Guimarães de Souza	1- Ires Vendrusculo



ANTONIO JOÃO
GOVERNO MUNICIPAL

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.


MARCELEIDE HARTEMAM PEREIRA MARQUES
Prefeita Municipal

CNPJ: 03.567.930/0001-10


E-mail: juridico@antoniolojo.ms.gov.br

Rua Vítório Penzo, 347, Centro

CEP: 79910-000

67 3435-1011

Antonio João - MS



ANTONIO JOÃO
GOVERNO MUNICIPAL

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

DECRETO Nº 131/2017

DE 24 DE AGOSTO DE 2017.

DISPÕE SOBRE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS PARA COMPOR O CONSELHO FISCAL DO IMPS (Instituto Municipal de Previdência Social dos Servidores de Antonio João-MS), NO BIÊNIO 2017/2019, E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

A PREFEITA MUNICIPAL DE ANTÔNIO JOÃO, Estado de Mato Grosso do Sul, no uso das atribuições que lhe confiere o Art.º 50, inciso IV da Lei Orgânica Municipal,

DECRETA:

Art. 1º Nomeia, para compor o Conselho Fiscal do IMPS (Instituto Municipal de Previdência Social dos Servidores Públicos de Antonio João-MS), para o biênio 2017/2019, conforme descrito abaixo:

Instituições	Membros Titulares	Membros Suplentes
Poder Executivo	1- Fabiano Garcia Boeira	1- Eliezer de Almeida Lopes
Poder Legislativo	1- Celina Coene	
SIMDIMAJ Ativos	1- Selso Junior Penzo	1- Husei Rodrigues da Silva
SIMDIMAJ Inativos	1- João Orzari de Oliveira Martins	1- Aly dos Santos
SIMTED	1- Elizete Guimarães de Souza	1- Iren Vendrusculo

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELEIDE HARTEMAM PEREIRA MARQUES
Prefeita Municipal

A VIA ORIGINAL ENCONTRA-SE ASSINADA.

das tarefas pelas quais o servidor é responsável e o impacto de seu trabalho sobre as demais atividades do setor, bem como no resultado dos trabalhos desenvolvidos no período de apuração;

III - Atendimento ao público (F3) (Anexo I) - Avalia a disposição, o interesse demonstrado no atendimento aos usuários de serviços públicos de saúde, bem como os integrantes da sua equipe de trabalho, e o senso de justiça demonstrado no encaminhamento de soluções para os problemas que se apresentem, de modo a favorecer o relacionamento e humanização da saúde pública;

IV - Relacionamento interpessoal (F4) (Anexo I) - Verifica o comportamento em relação aos colegas e chefias e as atitudes para favorecer a integração e o espírito de equipe, bem como a demonstração de maturidade para com os usuários dos serviços públicos de saúde.

§ 1º A Avaliação constante do anexo I (F1, F2, F3, F4), equivalerá a 400 (quatrocentos) pontos do total.

§ 2º O pagamento do adicional de produtividade terá como base o índice denominado ponto, cujo valor equivale a um por cento do vencimento base, a cada quatro pontos.

Art. 6º A Secretaria Municipal de Saúde deverá informar, mensalmente, até o dia 20 de cada mês, ao Departamento de Recursos Humanos, mediante encaminhamento dos respectivos Boletins de Avaliação para promoção do pagamento do adicional de produtividade fiscal, considerando os índices atingidos na avaliação mensal.

Art. 7º Fica aprovado o Boletim de Avaliação Mensal, conforme modelo constante do Anexo I.

Art. 8º Este decreto entra em vigor na data de sua afixação no átrio do Poder Executivo Municipal, e publicação simultânea no órgão de imprensa oficial do Município, aos moldes do artigo 58 e § 1º da Lei Orgânica Municipal.

MARCELEIDE HARTEMAM PEREIRA MARQUES,
Prefeita Municipal

A VIA ORIGINAL ENCONTRA-SE ASSINADA.

3.2. Com frequência não se mostra disponível para os usuários dos serviços de saúde e não encaminha soluções para os problemas apresentados, não favorecendo o relacionamento com a pessoa que procura tais serviços no Hospital. REGULAR 10 a 15 ()

3.3. Geralmente está com boa disposição para o atendimento dos usuários da saúde, demonstrando interesse, gentileza e senso de justiça no encaminhamento de soluções para os problemas; com frequência favorece o relacionamento o usuário dos serviços de saúde. BOM 16 a 20 ()

3.4. Apresenta sempre boa disposição para o atendimento dos usuários da saúde. Transmite sempre confiança e reciprocidade ao usuário que necessita das informações; suas atitudes sempre favorecem o relacionamento com a pessoa que procura os serviços de saúde pública. ÓTIMO 21 a 25 ()

F4. RELACIONAMENTO INTERPESSOAL. Verifica o comportamento em relação aos colegas e chefias e as atitudes para favorecer a integração e o espírito de equipe, bem como a demonstração de maturidade para incentivar os usuários dos serviços públicos de saúde a prevenção;

4.1. Tem dificuldade de relacionamento com o grupo e com a chefia. Perde, com facilidade, o equilíbrio emocional. INSUFICIENTE 9 ()

4.2. É relativamente cooperativo, porém, com frequência se mantém alheio a um esforço conjunto; às vezes, entra em conflito com os colegas e com a chefia. REGULAR 10 a 15 ()

4.3. Procura, em geral, cooperar com o grupo, onde é receptivo para críticas, ideias divergentes ou inovadoras. BOM 16 a 20 ()

4.4. Mantém ótimo relacionamento e se engaja harmoniosamente na equipe, demonstrando maturidade, inteligência emocional e acuidade para apresentar ideias inovadoras. ÓTIMO 21 a 25 ()

ÍNDICE DE DESEMPENHO, _____

TOTAL DE PONTOS, _____

Afastamento no período, _____ dias, em razão de, _____

_____ Total de dias trabalhados.

Chefia Imediata/Avaliador Data, ____/____/____

(carimbo/assinatura) Servidor(a) Avaliado(a) _____

I | Concorde | | Não concordo com a avaliação. Data, ____/____/____

(carimbo/assinatura)

VISTO, Titular da Unidade/Chefia mediate. Data, ____/____/____

(carimbo/assinatura)

Apresentação de recurso. Data, ____/____/____ (carimbo/assinatura)

OBSERVAÇÕES QUANTO A RECURSOS OU OCORRÊNCIAS NO PERÍODO. DEVERÃO ASSINAR O SERVIDOR E A CHEFIA IMEDIATA.