MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CURSO DE MEDICINA

**ANEXO 1 - FICHA DE INSCRIÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA ATUAÇÃO NA PRECEPTORIA**

Processo Seletivo para Habilitação de Preceptores-Bolsistas do Internato do Curso de Medicina

PREENCHER E ENVIAR POR EMAIL PARA: preceptoriaemcm@gmail.com

1. DADOS PESSOAIS:

|  |  |
| --- | --- |
| NOME: |  |
| Instituição em que desenvolve preceptoria (ex: SMS Caicó, SESAP-RN, etc) |  |
| CPF:(formato: 111.222.333-44) |  |
| IDENTIDADE (EMISSOR/UF)(formato: 1.234.567 - SSP/RN) |  |
| CRM / RN |  |
| DATA DE NASCIMENTO |  |
| ENDEREÇO |  |
| CIDADE - ESTADO |  |
| CEP |  |
| TELEFONE (WAPP) |  |
| EMAIL  |  |
| GRADUAÇÃO, ANO DE CONCLUSÃO, INSTITUIÇÃO |  |
| RESIDÊNCIA, ANO DE CONCLUSÃO, INSTITUIÇÃO) |  |
| ESPECIALIZAÇÃO, ANO DE CONCLUSÃO, INSTITUIÇÃO) |  |

1. DADOS BANCÁRIOS

|  |  |
| --- | --- |
| BANCO |  |
| AGÊNCIA |  |
| CONTA CORRENTE (com dígito, se houver) |  |

1. DADOS PROFISSIONAIS

Preencher uma tabela para cada vínculo empregatício onde pretende desenvolver a preceptoria (p, se tiver um vínculo estadual e um municipal, preencher uma tabela para cada vínculo)

VÍNCULO 1

|  |  |
| --- | --- |
| INSTITUIÇÃO(p. ex: SESAP-RN, SMS Caicó, SMS Currais Novos, SMS Santa Cruz, etc) |  |
| SERVIÇO(S) VINCULADO(S) À INSTITUIÇÃO ONDE PRETENDE DESENVOLVER A PRECEPTORIA (p. ex: UBS X, Policlínica Y, Hospital Z, SAMU, etc) |  |
| ÁREA(S) EM QUE PRETENDE DESENVOLVER A PRECEPTORIA NESTA INSTITUIÇÃO | ( ) Medicina de Urgência ( ) Pediatria ( ) Ginecologia‐Obstetrícia ( ) Cirurgia ( ) Clínica Médica ( ) Infectologia( ) Medicina de Família e Comunidade( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DESCREVER OS DIAS DA SEMANA E HORÁRIOS REGULARES PARA ATUAÇÃO NA PRECEPTORIA NESTA INSTITUIÇÃO(p. ex: realizo cirurgias todas as quartas, manhã e tarde e visitas na enfermaria de seg a sex; realizo plantão fixo semanal, às segundas-feiras, das 7 às 19h; sou diarista na enfermaria de seg a sex, 7 às 11h; realizo ambulatórios 2xsemana, às ter e qui-tardes; etc).  |  |

VÍNCULO 2

|  |  |
| --- | --- |
| INSTITUIÇÃO(p. ex: SESAP-RN, SMS Caicó, SMS Currais Novos, SMS Santa Cruz, etc) |  |
| SERVIÇO(S) VINCULADO(S) À INSTITUIÇÃO ONDE PRETENDE DESENVOLVER A PRECEPTORIA (p. ex: UBS X, Policlínica Y, Hospital Z, SAMU, etc) |  |
| ÁREA(S) EM QUE PRETENDE DESENVOLVER A PRECEPTORIA NESTA INSTITUIÇÃO | ( ) Medicina de Urgência ( ) Pediatria ( ) Ginecologia‐Obstetrícia ( ) Cirurgia ( ) Clínica Médica ( ) Infectologia( ) Medicina de Família e Comunidade( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DESCREVER OS DIAS DA SEMANA E HORÁRIOS REGULARES PARA ATUAÇÃO NA PRECEPTORIA NESTA INSTITUIÇÃO(p. ex: realizo cirurgias todas as quartas, manhã e tarde e visitas na enfermaria de seg a sex; realizo plantão fixo semanal, às segundas-feiras, das 7 às 19h; sou diarista na enfermaria de seg a sex, 7 às 11h; realizo ambulatórios 2xsemana, às ter e qui-tardes; etc).  |  |

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, requeiro minha habilitação ao banco de cadastro de reserva de preceptores do curso de medicina da EMCM, objeto do Edital publicado pela EMCM/UFRN, DECLARANDO sob as penas da Lei:

1. Que as informações constantes nesta ficha são verdadeiras;
2. Que tenho plena ciência do inteiro teor do referido edital.
3. Em caso de ser selecionado para atuar na preceptoria do Internato do curso de Medicina, comprometo-me a:
4. Exercer a atividade de preceptoria conforme o Regulamento do Internato do curso de Medicina e seguindo as recomendações e programação apresentadas pelos professores responsáveis pelo rodízio;
5. Exercer a função de preceptor dos estudantes no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano dos serviços de saúde;
6. Manter-me atualizado em minha área de atuação;
7. Matricular-me e integralizar curso de preceptoria;
8. Ser pontual, assíduo e responsável;
9. Agir de acordo com os princípios éticos profissionais;
10. Zelar pela ordem e disciplina dos estudantes;
11. Colaborar, quando solicitado, com as atividades teóricas do Internato, em minha área de conhecimento;
12. Comparecer às reuniões convocadas pela coordenação do Internato;
13. Estar acessível, conforme minha escala no serviço de saúde, para dirimir dúvidas dos estudantes na execução das atividades, promovendo o aperfeiçoamento de condutas e procedimentos realizados pelos mesmos;
14. Participar de curso de capacitação em preceptoria;
15. Participar da avaliação dos estudantes, quando solicitado pelo professor responsável pelo Internato;
16. Informar ao professor responsável e/ou coordenador do curso, sobre situações específicas de desvio ético ou desempenho insatisfatório, da parte de algum(a) estudante;
17. Participar de atividades de pesquisa e extensão, de acordo com minha disponibilidade e interesse;
18. Incentivar a participação dos estudantes em jornadas e congressos de minha área de concentração/temática;
19. Facilitar a integração do(s) estudante(s) com a equipe de saúde, usuários, residentes, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;
20. Dar ciência ao coordenador do curso e/ou à Direção da EMCM de qualquer irregularidade que afete o bom andamento do Internato;
21. Auxiliar os professores, quando solicitado, na elaboração das escalas de atividades dos estudantes;
22. Comunicar à Direção da EMCM sobre qualquer mudança em minha escala de trabalho ou setor de atuação que venha a comprometer o desenvolvimento das atividades de preceptoria.

Caicó, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura