

**1º PROCESSO DE SELEÇÃO DE PRECEPTORES 2024**

**CURSO DE MEDICINA - CAMPUS TOLEDO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

<b>Formulário de Inscrição:</b>	
<b>Nome completo:</b>	
<b>Sexo</b> ( ) Masculino ( ) Feminino	<b>Data de Nascimento</b> / /
<b>RG:</b>	<b>CPF:</b>
<b>CRM:</b>	<b>Celular:</b>
<b>E-mail:</b>	
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO PARA INSCRIÇÃO</b>	
<i>(Marcar apenas 1 opção)</i>	
<b>Componente Curricular</b>	<b>Local de atuação/prestação de serviço</b>
<b>Internato em Clínica Médica</b>	<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes (Mini Hospital)/Hospitalar <input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde de Toledo / Ambulatorial - Centro de Especialidades e/ou UBS. <input type="checkbox"/> UTI da Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná (HOESP)/Hospitalar <input type="checkbox"/> Instituto de Desenvolvimento, ensino e assistência à saúde – Ideas (Hospital Regional de Toledo - Enfermaria)
<b>Internato em Medicina Geral de Família e Comunidade</b>	<input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde de Toledo nas UBSs com programa de ESF (estratégia de saúde da família)
<b>Internato em Ginecologia e Obstetrícia</b>	<input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde de Toledo/Ambulatorial - Ambulatório Materno Infantil (AMI) e/ou UBS <input type="checkbox"/> Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná (HOESP) / Hospitalar
<b>Internato em Saúde Mental e Saúde Coletiva</b>	<input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde de Toledo/Serviço de epidemiologia <input type="checkbox"/> Ambulatório de Saúde Mental e/ou CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
<b>Internato em Cirurgia</b>	<input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde de Toledo/Ambulatorial - Centro de Especialidades <input type="checkbox"/> UOPECCAN (Cascavel) - Hospitalar <input type="checkbox"/> Hospital Geral da Unimed Costa Oeste/Hospitalar (Centro Cirúrgico) <input type="checkbox"/> Instituto de Desenvolvimento, ensino e assistência à saúde – Ideas (Hospital Regional de Toledo - Clínica Cirúrgica)

<p><b>Internato em Pediatria</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde de Toledo/ Ambulatorial - Ambulatório Materno Infantil (AMI) e/ou UBS</li> <li><input type="checkbox"/> Consórcio de Saúde dos Municípios do Oeste/PR - CONSAMU/Unidade de Pronto Atendimento de Toledo</li> <li><input type="checkbox"/> Hospital Geral da Unimed Costa Oeste/Hospitalar</li> <li><input type="checkbox"/> Instituto de Desenvolvimento, ensino e assistência à saúde – Ideas (Hospital Regional de Toledo - Ambulatorial)</li> </ul>
<p><b>Internato em Urgências e Emergências</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Consórcio de Saúde dos Municípios do Oeste/PR – CONSAMU/Unidade de Pronto Atendimento de Toledo</li> <li><input type="checkbox"/> Hospital Beneficente Moacir Micheletto em Assis Chateaubriand/Pronto atendimento</li> </ul>

### EXPERIÊNCIA EM ENSINO

Possui experiência no magistério do ensino superior?

- Não
- Sim (anexar documento comprovatório)

Possui experiência em preceptoria de graduação ou pós graduação?

- Não
- Sim (anexar documento comprovatório)

### CATEGORIA PROFISSIONAL

- Profissionais da rede de saúde local (regime de 40 horas): **5 pontos**
- Profissionais da rede de saúde local (regime de 20 horas): **4 pontos**
- Professores da UFPR em regime de 20h, que trabalham na rede de saúde local: **3 pontos**
- Professores da UFPR em regime de 20h, que não trabalham na rede de saúde local: **2 pontos**
- Professores da UFPR em regime de 40h: **1 pontos**
- Professores da UFPR em regime 40 horas dedicação exclusiva: **1 ponto**
- Pontuação adicional - Experiência prévia em preceptoria: **1 ponto/ano**
- Pontuação adicional - Experiência prévia em pós graduação: **1 ponto/ano**

**INDICAR**

**Local de trabalho:** \_\_\_\_\_

**Carga horária realizada:** \_\_\_\_\_

**Dias e horários de atuação no local:** \_\_\_\_\_

**CHECKLIST DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INSCRIÇÃO:**

- ( ) Formulário de Inscrição
- ( ) Currículo resumido ou Currículo lattes
- ( ) Cópia do Documento de Identidade e CPF
- ( ) Cópia do documento do Conselho de Classe
- ( ) Cópia do certificado de residência ou especialização **OU**
- ( ) Comprovante de experiência na área de conhecimento proposta
- ( ) Comprovante de experiência em graduação, pós graduação ou preceptoría

**( ) Declaro a veracidade das informações prestadas na ficha de inscrição e documentação apresentada e declaro ter ciência de que a documentação incompleta poderá acarretar na não homologação da inscrição.**

Este formulário, juntamente com todos os documentos solicitados deverá ser enviado para o e-mail: [preceptortoledo@ufpr.br](mailto:preceptortoledo@ufpr.br) – Um e-mail de confirmação de recebimento será enviado assim que for recebida a inscrição.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_