

1º PROCESSO DE SELEÇÃO DE PRECEPTORES 2025
CURSO DE MEDICINA - CAMPUS TOLEDO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

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

Internato em
**Urgências e
Emergências**

- Consórcio de Saúde dos Municípios do Oeste/PR - CONSAMU/ Pronto atendimento e SAMU
- Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes (Mini Hospital)
- Hospital Beneficente Moacir Micheletto em Assis Chateaubriand

EXPERIÊNCIA EM ENSINO

Possui experiência no magistério do ensino superior?

- Não
- Sim (anexar documento comprobatório)

Possui experiência em preceptoria de graduação ou pós graduação?

- Não
- Sim (anexar documento comprobatório)

CATEGORIA PROFISSIONAL

(anexar documento comprobatório)

- 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: _____



Período de inscrição:

03 de dezembro de 2024 a 15 de dezembro de 2024

Documentos necessários para a inscrição

(preferencialmente em pdf – item 4.3 do Edital de seleção)

1. Formulário de inscrição
2. Currículo resumido ou Currículo Lattes (incluir experiência em magistério superior ou preceptoria de graduação, ou pós-graduação se houver)
3. Cópia do Documento de Identidade e CPF;
4. Cópia do documento do Conselho de Classe;
5. Cópia do certificado de residência ou especialização, ou documento que comprove experiência na área;
6. Comprovante de experiência prévia em preceptoria (se houver).
7. Comprovante de atuação na rede de assistência à saúde

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

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.

Assinatura do candidato

Data: ____/____/____