

TERMO DE COMPROMISSO DE PRECEPTORIA 2025

Termo de Compromisso firmado em ____/____/____ com a Universidade Federal do Paraná, para atuação como preceptor do Curso de Medicina da UFPR/Campus Toledo

A **UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ/CAMPUS TOLEDO**, com sede na Rodovia PR 182, S/N, Km 320/321, CEP: 85919-899, Toledo/PR, neste ato representada por sua Diretora, Prof.^a Dr^a Ana Paula Carneiro Brandalize, e *(inserir nome do preceptor)*, de nacionalidade brasileira, residente à _____, portador(a) do RG n° _____ e CPF n° _____, doravante denominado(a) Preceptor(a), considerando que a preceptoria é a atividade de natureza técnica e pedagógica diretamente envolvida no processo acadêmico assistencial; considerando o que dispõe a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece as condições de organização e funcionamento dos serviços de saúde e nos termos dos art. 15 a 18 da Lei 11.129 de 30 de Junho de 2005, que orienta o programa de Bolsas para Educação pelo Trabalho, na modalidade Preceptor.

Cláusula Primeira - Do Objetivo

Constitui objetivo deste Termo a orientação técnico-pedagógica prestada pelo(a) Preceptor(a), na área de assistência à saúde, aos discentes do curso de Medicina da UFPR/CAMPUS TOLEDO.

Cláusula Segunda - Da Execução

- I. A assistência/orientação técnico-pedagógica será prestada pelo Preceptor na área de _____, sob a coordenação de docentes da UFPR.
- II. A atuação do(a) Preceptor(a) compreenderá as seguintes atividades:
 - a) orientar e supervisionar em serviço, em sua área específica de atuação ou de especialidade profissional, discentes dos cursos de graduação de Medicina da UFPR/Campus Toledo;
 - b) promover reuniões clínico-científicas com os discentes de graduação, sob sua responsabilidade;
 - c) apresentar avaliação dos discentes, à Comissão Orientadora de Estágio, informando sobre seu comportamento ético e aproveitamento nas atividades por ele supervisionadas.
- III. O pagamento da bolsa é vinculado à realização da preceptoria. Em períodos de férias dos preceptores selecionados, poderão ser convocados os candidatos classificados na mesma área e que compõem o banco de cadastro reserva, de modo que, neste período, a bolsa será destinada para quem realizou a orientação técnico-pedagógica aos discentes.

Cláusula Terceira - Dos deveres do Preceptor

- I. Observar os termos do Edital de Seleção, em especial, o disposto no item que trata da forma de pagamento dos preceptores;
- II. Realizar a orientação técnico-pedagógica aos discentes do Curso de Medicina, em sua área específica de atuação ou de especialidade profissional;
- III. Realizar o preenchimento da frequência mensal, onde constam a assinatura dos discentes de graduação que estarão sob sua supervisão;
- IV. Apresentar, até a data de validade definida pelo Edital de Seleção ou no momento de rescisão deste termo, um relatório das atividades desempenhadas no período de preceptoria.

Cláusula Quarta- Das Responsabilidades do Preceptor

- I. O(A) preceptor(a) declara estar ciente das condições do exercício da preceptoria, em especial quanto à inexistência de vínculo empregatício, nos termos da legislação aplicável;
- II. O(A) preceptor(a) declara ainda estar ciente da responsabilidade civil e criminal decorrente dos atos que praticar no exercício de função pública, nos termos do art. 327, do Código Penal Brasileiro.
- III. O(A) preceptor(a) declara ainda estar ciente que o pagamento da bolsa está condicionado à apresentação do controle de frequência do preceptor em suas atividades com os alunos até o 5º dia útil do mês subsequente. Esta deve estar assinada e dentro dos padrões determinados pela administração.

Cláusula Quinta - Da vigência

- I. Este Termo de Compromisso vigorará desde sua assinatura até dezembro do ano de 2025, podendo ser rescindido a qualquer momento por ambas as partes, mediante comunicação escrita e com antecedência mínima de 30 dias.

Parágrafo único – a convocação dos preceptores em cada ciclo de estágio poderá variar, em decorrência do número de alunos matriculados, para que se siga a proporção de **4 (quatro) alunos por preceptor**.

Prof.^a Dra. Ana Paula Carneiro Brandalize
Diretora do Campus Toledo

Assinatura do Preceptor

Toledo, ____ de _____ de 202__.



Para fins de pagamento das Bolsas de Preceptoría, informar os
DADOS BANCÁRIOS DO(A) PRECEPTOR(A)

Observações:

- Ser conta corrente do tipo 001;
- Não ser conta corrente de terceiros;
- Não ser conta corrente Pessoa Jurídica;
- Não ser conta corrente conjunta;
- Não ser conta poupança.

Nome completo: _____

CPF: _____

Banco: _____

Agência: _____

Conta: _____

E-mail: _____

Telefone: _____

Assinatura do Preceptor

Toledo, ____ de _____ de 202__.