**Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a**

**Prática da Preceptoria**

**FICHA DE INSCRIÇÃO PARA SELEÇÃO DE PRECEPTORES**

|  |
| --- |
| **DADOS PESSOAIS** |
| NOME COMPLETO:  |
| ENDEREÇO:  | CEP:  |
| Nº DE IDENT./ÓRGÃO EMISSOR:  | DATA DE NASCIMENTO (DD/MM/AAAA):  |
| Nº DO CPF:  |
| Nº DO CONSELHO REGIONAL: |
| TELEFONES PARA CONTATO (residencial, de trabalho e celular com prefixos):  |
| E-MAIL: |

|  |
| --- |
| **DADOS PROFISSIONAIS** |
| GRADUAÇÃO EM:  |
| Instituição de graduação: ano de graduação:  |
| MAIOR TITULAÇÀO( ) GRADUAÇÃO ( ) ESPECIALIZAÇÃO ( ) RESIDÊNCIA ( ) MESTRADO ACADÊMICO ( ) MESTRADO PROFISSIONAL ( ) DOUTORADO ( ) PÓS DOUTORADO |

|  |
| --- |
| **DADOS INSTITUCIONAIS** |
| NOME DA (S) INSTITUIÇÃO (ÕES) em que atua: |
| CONTATOS DA INSTITUIÇÃO – centro de estudos, coreme ou coordenação de ensino  |
| TEL:eMAIL:site:  |

PLANILHA DE PONTUAÇÃO

(Assinale somente os itens que correspondem à sua experiência)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CATEGORIA** | **CRITÉRIO** | **SIM ou NÃO** |
| **Residência** | Docentes e Profissionais de saúde em regime RJU da UFJF, empregados da EBSERH e profissionais de saúde da Rede de Saúde de Juiz de Fora |  |
| Coordenador/Supervisor de Programa de Residência |  |
| Preceptoria de Programa de Residência já em curso  |  |
| Preceptoria em instituição com mais de 1(hum) PRM/ PRMS |  |
| **Políticas Públicas**  | Participação atual no **PET SAUDE**  |  |
| Participação atual no **PRO SAUDE** |  |
| Profissional de Saúde ou Docente em Curso de Graduação nas áreas previstas pelo Curso |  |
| **Vínculos Institucionais** | Carga horária semanal dedicada à preceptoria (0,25 por cada 10 h com máximo = 1,0)  |  |
| Tempo de experiência em preceptoria (0,1 ponto por cada 2 anos, com máximo = 1,0) |  |
| Tempo de experiência em Gestão de Ensino em Residência e/ ou Graduação (0,1 ponto por cada ano, com máximo =1,0) |  |