



Ministério da Educação
Universidade Federal do Cariri
Faculdade de Medicina/Núcleo de Pós-Graduação/Residência Médica

TERMO DE COMPROMISSO DE PRECEPTORIA
PROGRAMA INCENTIVO ÀS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE – MAIS RESIDÊNCIAS
EDITAL Nº 01/2026 – COREME/FAMED/UFCA

Pelo presente instrumento, o(a) médico(a) abaixo identificado(a), doravante denominado(a) **PRECEPTOR(A)**, resolve firmar o presente **TERMO DE COMPROMISSO**, perante a **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI – UFCA**, por intermédio da **Comissão de Residência Médica (COREME)**, nos termos e condições a seguir estabelecidos.

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) PRECEPTOR(A)

Nome completo: _____

CPF: _____ Data de Nascimento: _____

RG: _____ Órgão Expedidor/UF: _____

CRM nº: _____ UF: _____

E-mail: _____

Telefone: _____

Programa de Residência Médica:

() Medicina de Família e Comunidade

() Ginecologia e Obstetrícia

() Pediatria

2. DO OBJETO

O presente Termo tem por objeto formalizar o compromisso do(a) **PRECEPTOR(A)** selecionado(a) no âmbito do **Edital nº 01/2026 – COREME/FAMED/UFCA**, para atuação em Programa de Residência Médica da UFCA, com percepção de **bolsa de preceptoría financiada pelo Ministério da Saúde**, no âmbito do **Programa Incentivo às Residências em Saúde – Mais Residências**, conforme normas da **SGTES/MS**.

3. DAS OBRIGAÇÕES DO(A) PRECEPTOR(A)

O(A) **PRECEPTOR(A)** compromete-se a:

I – Cumprir integralmente as atribuições de preceptoría previstas no Edital nº 01/2026 – COREME/FAMED/UFCA, no Regimento Interno da Residência Médica da UFCA, nas normas da CNRM e no Edital vigente da SGTES/MS;

II – **Cumprir rigorosamente a carga horária semanal declarada no momento da inscrição**, destinada às atividades práticas de preceptoría no respectivo Programa de Residência Médica;

III – Participar das atividades teóricas, reuniões, processos avaliativos e demais ações pedagógicas do programa, conforme organização da Supervisão e da COREME;

IV – Manter vínculo ativo e exercício efetivo da função de preceptor durante todo o período de vigência da concessão da bolsa;

V – Comunicar formalmente à Supervisão do Programa e à COREME qualquer afastamento, licença ou alteração que impacte o cumprimento das atividades de preceptoría;

VI – Manter atualizadas suas informações cadastrais e bancárias junto à UFCA e ao sistema indicado pelo Ministério da Saúde.



Ministério da Educação
Universidade Federal do Cariri
Faculdade de Medicina/Núcleo de Pós-Graduação/Residência Médica

4. DA CIÊNCIA QUANTO À MANUTENÇÃO DA BOLSA

O(A) PRECEPTOR(A) declara estar **plenamente ciente** de que:

I – A bolsa de preceptoria **não constitui vínculo empregatício**, relação trabalhista ou previdenciária com a UFCA ou com o Ministério da Saúde;

II – O **descumprimento da carga horária declarada**, das atribuições da função ou das normas estabelecidas nos editais da UFCA e da SGTES/MS poderá ensejar, a qualquer tempo, **a suspensão ou descontinuidade do pagamento da bolsa**, independentemente de aviso prévio;

III – A descontinuidade da bolsa poderá implicar o **chamamento de candidato classificável**, respeitada a ordem de classificação do processo seletivo;

IV – O pagamento da bolsa está condicionado à manutenção de residente ativo no programa, à regularidade cadastral do(a) preceptor(a) e à disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde;

V – Eventuais valores recebidos indevidamente deverão ser restituídos ao erário, nos termos da legislação vigente.

5. DOS DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO DA BOLSA

Declaro que os dados bancários abaixo informados são de minha titularidade e referem-se **exclusivamente a conta corrente**, conforme exigido pelo Ministério da Saúde:

Nome do banco: _____

Agência (sem dígito): _____

Conta corrente (com dígito): _____

Declaro estar ciente de que **não serão aceitas contas poupança, contas conjuntas, contas-salário ou contas de titularidade de terceiros**.

6. DA VIGÊNCIA

O presente Termo entra em vigor na data de sua assinatura e produzirá efeitos enquanto perdurar a concessão da bolsa de preceptoria, observados os limites temporais e normativos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

7. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

I – A assinatura deste Termo implica **plena ciência e aceitação** de todas as normas aplicáveis ao Programa Mais Residências;

II – Os casos omissos serão resolvidos pela COREME/UFCA, em consonância com as normas da SGTES/MS e da CNRM;

III – Este Termo é firmado em caráter irrevogável, para fins administrativos e de controle.

Barbalha (CE), ____ de _____ de 2026.

Assinatura do(a) Preceptor(a):

Nome completo: _____

CPF: _____