



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

EDITAL Nº 02/2026 – COREME/FAMED/UFCA
CADASTRO DE RESERVA DE PRECEPTORES PARA RECEBIMENTO DE BOLSA – VAGAS REMANESCENTES
PROGRAMA INCENTIVO ÀS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE – MAIS RESIDÊNCIAS

ANEXO I - FICHA DE INSCRIÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome completo: _____

CPF: _____

Documento de Identidade (RG): _____ Órgão Expedidor: _____ UF: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

CRM nº: _____ UF: _____

E-mail: _____

Telefone para contato (preferencialmente WhatsApp): _____

2. VÍNCULO INSTITUCIONAL

Informe o vínculo pelo qual atuará como preceptor:

Nome da UBS: _____

Município: _____

3. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA PARA O QUAL CONCORRE (assinalar **apenas um** programa)

(X) Medicina de Família e Comunidade



4. CARGA HORÁRIA SEMANAL DESTINADA À PRECEPTORIA

Declaro que disponho da seguinte carga horária semanal para atividades **práticas** de preceptoria no Programa de Residência Médica de MFC na UBS informada

() Entre 20 e 35 horas semanais: 10 pontos

() 36 ou mais horas semanais: 20 pontos

Especificar a quantidade exata de horas semanais disponíveis na UBS: _____

5. DISPONIBILIDADE PARA ATIVIDADES TEÓRICAS DA RESIDÊNCIA

Declaro que possuo disponibilidade para participação em atividades teóricas do programa com a seguinte frequência:

() Quinzenal

() Uma vez por semana

() Duas ou mais vezes por semana

6. TEMPO DE ATUAÇÃO COMO PRECEPTOR NA UFCA (NO PROGRAMA PRETENDIDO)

Declaro que atuo como preceptor neste programa há:

() Acima de 3 (três) anos

() De 1 (um) a 3 (três) anos

() Até 1 (um) ano

Tempo total de atuação em preceptoria na UFCA: _____ anos e _____ meses

7. ÁREA DE ATUAÇÃO DA PRECEPTORIA

Declaro que atuo/atuei como preceptor(a):

() Do programa de Residência de MFC da UFCA: 30 pontos

() De outro programa de Residência Médica da UFCA. Especifique _____

() Do internato de Saúde Comunitária da UFCA.

8. TITULAÇÃO (assinalar todas as opções aplicáveis e enviar comprovantes)

() Residência médica em Medicina de Família e Comunidade:

() Residência médica em área distinta. Qual área? _____

() Título de Especialista da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade:



9. DECLARAÇÕES OBRIGATÓRIAS

Declaro, para fins de inscrição no Edital nº 02/2026 – COREME/UFCA, que:

- () Atendo a todos os requisitos previstos no Edital SGTES/MS vigente;
- () Não recebo, nem receberei, concomitantemente, mais de um incentivo financeiro de preceptoría previsto no âmbito do Programa Mais Residências;
- () Não ocupo cargo de Tutor Médico da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS – AgSUS;
- () Possuo disponibilidade para cumprir as atribuições de preceptor descritas no edital;
- () As informações prestadas neste formulário são verdadeiras e estou ciente de que a prestação de informações falsas poderá implicar indeferimento da inscrição, cancelamento da bolsa e demais sanções administrativas cabíveis.

10. CIÊNCIA E ACEITE

Declaro que li integralmente o Edital nº 02/2026 – COREME/FAMED/UFCA, concordo com todas as suas disposições e estou ciente de que a concessão da bolsa está condicionada à homologação pelo Ministério da Saúde.

Local e data: _____

Assinatura do(a) candidato(a): _____