**ANEXO 1. FICHA DE INSCRIÇÃO INSTITUIÇÃO / MÉDICO PRECEPTOR**

**(Obs.: a ficha de identificação deverá ser preenchida separadamente do corpo do projeto que não deverá conter nenhuma identificação da instituição e nem dos proponentes)**

|  |
| --- |
| **FICHA DE INSCRIÇÃO DO MÉDICO PRECEPTOR** |
| Instituição: |
| Data: |
| **Médico Preceptor** |  |
| **Telefone** |  |
| **E-mail** |  |
| **CPF** |  | **CRM** |  | **RG** |  |
| **Dados Bancários** |
| Banco |  | Agência |  | Conta Corrente |  |
|  |
| Programa de residência médica: |  |
| Nome do estágio: |  |
| Descrição do estágio: |  |
| Justificativa de oferecimento do estágio: |
|  |
| Á área oferecida do estágio é referência:( ) Nacional ( ) Estadual ( ) Regional ( ) Não é referência, mas é serviço relevante. Justifique: |
|  |
| Período de duração do estágio por médico residente:( ) 1 mês ( ) 2 meses ( ) 3 meses |
| Período de duração total do estágio:( ) 12 meses ( ) Menor. Quanto?\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Assinaturas e Carimbo CRM:

Médico Preceptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_