**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_