

# FLUXO PARA EMISSÃO DE DECLARAÇÃO DE PRECEPTORIA

**Presidente:** Kleber de Melo Morais

**Vice-Presidente Executivo:** Laedson Bezerra Silva

**Coordenadora de Formação Profissional:** Caroline Elizabeth Brero Valero

### **Material produzido pelo Grupo de Trabalho**

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Sede

Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais

Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes – Universidade Federal do Espírito Santo

Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Melo – Universidade Federal de Campina Grande

Hospital Universitário Lauro Wanderley – Universidade Federal da Paraíba

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – Universidade Federal de Alagoas

Hospital Universitário – Universidade Federal de Juiz de Fora

Maternidade Escola Januário Cicco – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

### **Equipe Técnica do Grupo de Trabalho**

Alexandre Rodrigues Ferreira – HC-UFMG

Angela Maria Gollner – HU-UFJF

Ângelo Brito Pereira de Melo – HULW-UFPB

Carolina Fiorin Anhoque Comarela – Hucam-Ufes

Caroline Elizabeth Brero Valero – Ebserh-Sede

Isabel Fátima Xavier Massa – Ebserh-Sede

Juliana de Brito Seixas Neves – Ebserh-Sede

Leandra Vital Pires – Ebserh-Sede

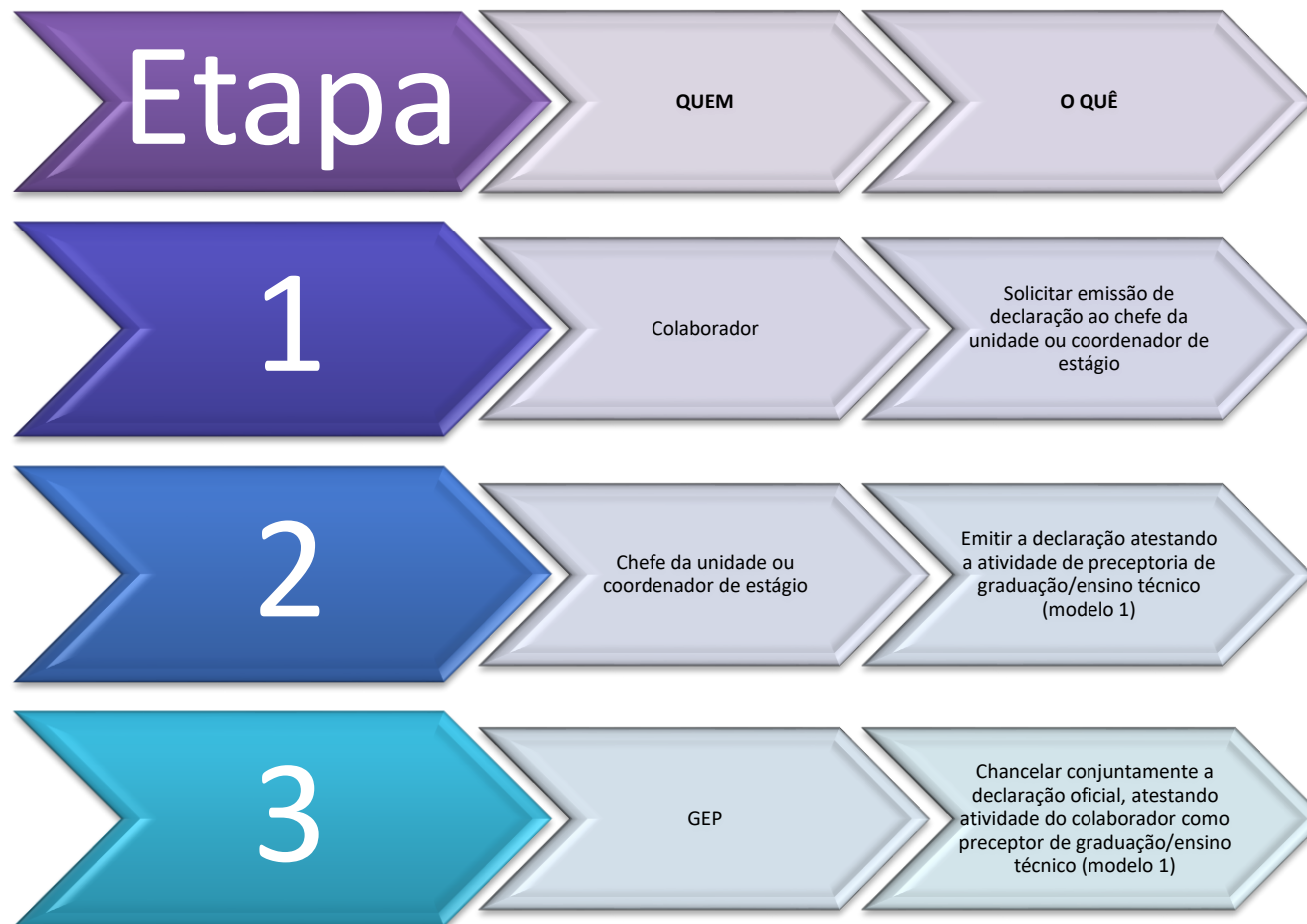
Maria da Conceição de M. Cornetta – Mejc-UFRN

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias – HUJB-UFCE

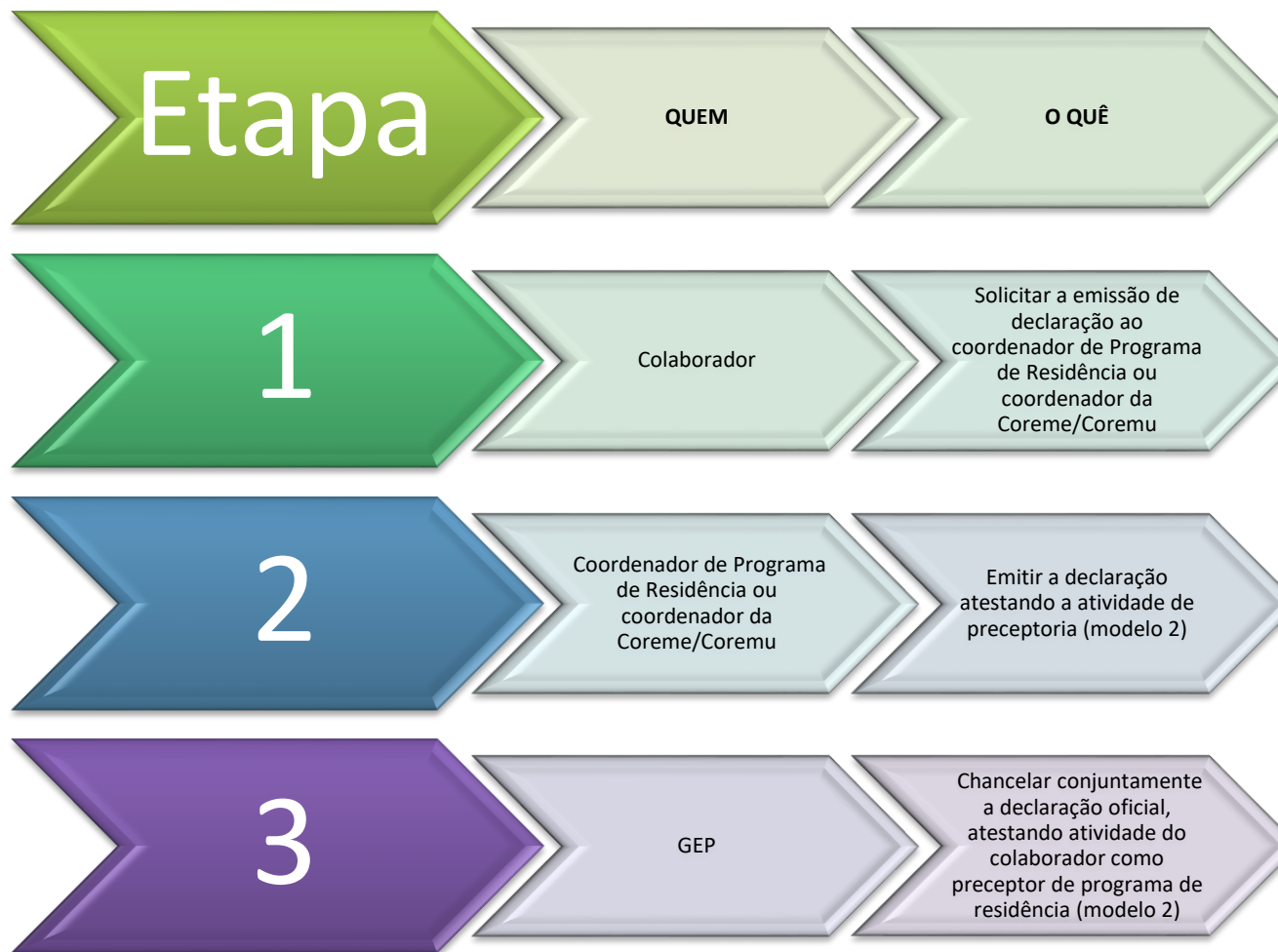
Regina Maria dos Santos – Hupaa-Ufal

Thais Campos Valadares Ribeiro – Ebserh-Sede

## DECLARAÇÃO DE PRECEPTORIA DE GRADUAÇÃO / ENSINO TÉCNICO



## DECLARAÇÃO PARA PRECEPTOR DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA



## MODELO 1

[INSERIR LOGOMARCA DO HUF]



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**

### DECLARAÇÃO DE PRECEPTORIA DE GRADUAÇÃO / ENSINO TÉCNICO

Declaramos para os devidos fins que o(a) colaborador(a) \_\_\_\_\_, com número de matrícula Siape \_\_\_\_\_, ocupante do cargo efetivo de \_\_\_\_\_, realizou atividades de preceptoria de graduação/ensino técnico durante as atividades assistenciais no exercício de sua função como profissional de saúde na unidade funcional \_\_\_\_\_ período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Declaro, como chefe de unidade ou coordenador de estágio, responsabilizar-me pela fidedignidade das informações acima fornecidas, em conformidade ao art. 4ª da Lei 9.784/1999.

\_\_\_\_\_  
**Chefe de Unidade **XXXXXXX** ou Coordenador de Estágio**

[nome e carimbo]

[nome do HU] – [nome da Universidade]

De acordo;

\_\_\_\_\_  
**Gerência de Ensino e Pesquisa**

[nome e carimbo]

[nome do HU] – [nome da Universidade]

**MODELO 2**

[INSERIR LOGOMARCA DO HUF]



**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO XXXXXXXXXXXXXXXX**

**DECLARAÇÃO DE PRECEPTORIA DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que o(a) colaborador(a) \_\_\_\_\_, com número de matrícula Siape \_\_\_\_\_, ocupante do cargo efetivo de \_\_\_\_\_, realizou atividades de preceptoria no Programa de Residência \_\_\_\_\_ durante as atividades assistenciais no exercício de sua função como profissional de saúde na unidade funcional \_\_\_\_\_ no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Declaro, como coordenador do Programa de Residência Médica/Residência em Área Profissional da Saúde ou coordenador da Comissão de Residência Médica (Coreme) ou Residência Multiprofissional (Coremu), responsabilizar-me pela fidedignidade das informações acima fornecidas, em conformidade ao art. 4ª da Lei 9.784/1999.

\_\_\_\_\_  
**Coordenador do Programa de Residência XXXXXXXX ou Coreme/Coremu**

[nome e carimbo]

[nome do HU] – [nome da Universidade]

De acordo;

\_\_\_\_\_  
**Gerência de Ensino e Pesquisa**

[nome e carimbo]

[nome do HU] – [nome da Universidade]

[INSERIR LOGOMARCA DO HUF]



Hospital Universitário **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**  
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
**Endereço e contatos**