ANEXO II – CARTA DE REFERÊNCIA DO PRECEPTOR

Habilitação de Preceptoria

Programas de Residência Multiprofissional e Médica em Saúde de Sorocaba

Programa de Residência que pretende se candidatar: _____

Cenário de prática em que trabalha: _____

Setor em que trabalha:_____

Nome do candidato (a) _____

Categoria Profissional: _____ _____

Registro Profissional: _____

CPF: _____ _____ RG: _____ _____

Data de nascimento: ____/____/_____

E-mail: _____ _____

Telefone: _____

Eu, _____, Coordenador(a) da Unidade _____, declaro que estou ciente dos parâmetros estabelecidos na Lei Municipal nº 11.926, de 26 de março de 2019, para a habilitação do(a) servidor(a) _____, matrícula nº _____, como preceptor(a).

Ademais, comprometo-me com a liberação do(a) servidor(a) para as reuniões ordinárias previstas no calendário anual dos Programas de Residência e para a execução da preceptoria semanal junto ao seu residente.

Carga horária semanal do servidor neste serviço: _____.

Declaro, ainda, que o(a) servidor(a) possui perfil compatível* para o exercício da preceptoria.

Observações referentes ao período de avaliação, caso o servidor esteja em estágio probatório (se houver):

_____
_____.

_____
Coordenador(a) da Unidade

Sorocaba, _____ de _____ de 2026.

*** Critérios para um perfil profissional compatível com a função de preceptoria:**

a) habilidade de organização e planejamento;
b) dedicação e entusiasmo;
c) empatia e ética profissional;
d) capacidade de administrar conflitos e delegar ações;
e) ccapacidade de transmitir conhecimento, conceitos e práticas profissionais;
f) assiduidade e pontualidade;
g) capacidade teórica e prática (domínio e atualização frente às demandas da profissão);
h) habilidade em promover avaliações periódicas (feedback) e também em recebê-las;
i) bom relacionamento e disponibilidade para trabalho em equipe.