



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Diretoria de Pós-Graduação
Divisão de Admissão e Mobilidade

EDITAL PROPPG/DPG/DAM Nº 048/2016

A PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, torna público a relação dos candidatos classificados, por ordem de classificação, para ingresso no curso de Pós-Graduação, em nível de **Residência Médica**, cujas inscrições foram abertas por meio do Edital PROPPG/DPG/DAM nº 067/2015 e a convocação dos 40 candidatos que não participaram da segunda fase da seleção, por impedimento do edital de inscrição e que foram convocados por meio do Edital PROPPG/DPG/DAM nº 044/2016 para realizarem a seleção para ocupar 03 vagas remanescentes. As instruções de matrícula são as seguintes:

- a) A matrícula será realizada via internet, por meio do site da Instituição: <http://www.uel.br/portaldoestudante>.
- b) O candidato aprovado e classificado terá que primeiramente cadastrar-se para ter acesso ao Portal do Estudante de Pós-Graduação, para, após, realizar a matrícula.
- c) **O cadastro deverá ocorrer no mesmo período em que será realizada a matrícula.**
- d) As instruções sobre o procedimento de matrícula, bem como o Sistema para efetuar a matrícula eletrônica estarão disponíveis no site mencionado, conforme cronograma abaixo.

I. CRONOGRAMA DE MATRÍCULA

PROCEDIMENTOS	PRAZOS
1. Matrícula Eletrônica Candidatos aprovados e classificados na seleção.	31/03/2016 8h
2. Recolhimento da Documentação dos Estudantes na Secretaria de PG, no HU.	31/03/2016 Das 8h às 8h30min
3. Envio de Documentação dos Estudantes da SPG para a PROPPG.	20/04/2016

II. CONVOCAÇÃO DE SUPLENTE

- a) Havendo suplentes, a convocação será realizada **no dia 31/03/2016 a partir das 8h30min, por telefone.**
- b) O candidato convocado deverá realizar a matrícula via internet, por meio do site da Instituição: <http://www.uel.br/portaldoestudante> **no dia 31 de março de**



- 2016** e deverão entregar, obrigatoriamente, os documentos para efetivar a matrícula, conforme item III, deste edital, bem como assinar Termo de Compromisso da Residência, **até 12 horas a partir da convocação, na Secretaria dos Cursos de Residência na área da Saúde/COREME**, localizada no Prédio Administrativo do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Av. Robert Koch, nº 60 - Bairro Cervejaria - Londrina - Paraná.
- c) O candidato suplente terá que se cadastrar primeiro para ter acesso ao Portal do Estudante de Pós-Graduação e realizar a matrícula.
 - d) As instruções sobre o procedimento de matrícula, bem como o Sistema para efetuar a matrícula eletrônica estarão disponíveis no site mencionado.
 - e) **A não confirmação da matrícula dentro do prazo implicará na perda da vaga.**

III. DOCUMENTOS PARA MATRÍCULA

- 1) A matrícula será realizada via Internet, no dia **31 de março de 2016**, por meio do endereço eletrônico da Instituição: **<http://www.uel.br/portaldoeestudante>**. O candidato aprovado e classificado dentro do limite de vagas terá que no **mesmo período destinado à matrícula, se cadastrar primeiro** para ter acesso ao Portal do Estudante de Pós-Graduação e realizar a matrícula e **inserir foto 3x4 (upload)**. As instruções sobre o procedimento de matrícula bem como o Sistema para efetuar a matrícula eletrônica e inserir foto estarão disponíveis no endereço eletrônico mencionado.
- 2) Os candidatos aprovados e classificados no processo seletivo que realizaram a matrícula Via Web deverão entregar, obrigatoriamente, os documentos para efetivar a matrícula, bem como assinar Termo de Compromisso da Residência, **no dia 31 de março de 2016, das 8h às 8h30min, na Secretaria dos Cursos de Residência na área da Saúde/COREME**, localizada no Prédio Administrativo do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Av. Robert Koch, nº 60 - Bairro Cervejaria - Londrina - Paraná, conforme segue:
 - a) 2 (duas) cópias legíveis e autenticadas do diploma do curso de graduação. Considerando o Parecer nº 303/2000 da Câmara de Ensino Superior do MEC, o candidato que não possuir o diploma do curso de graduação poderá apresentar, no ato da matrícula, fotocópia do certificado ou atestado de conclusão do curso de graduação, bem como o documento que comprove que o mesmo está reconhecido pelo órgão competente, o qual deverá estar devidamente datado e assinado. Neste caso, a matrícula se dará em caráter precário e provisório, até a apresentação do respectivo diploma;
 - b) 3 (três) cópias legíveis da Carteira de Identidade e do CPF, quando o nº do CPF constar no RG, não é necessário apresentar a cópia do CPF;
 - c) 2 (duas) cópias legíveis de Documentação militar, Certificado de Dispensa de Incorporação ou de reservista;



- d) 2 (duas) cópias legíveis da Cédula de Identidade do Médico ou da Carteira Profissional de Médico - modelo livro (capa verde), expedida pelo CRM ou comprovante de inscrição no CRM;
- e) 2 (duas) cópias legíveis da Certidão de Nascimento ou Casamento;
- f) 2 (duas) cópias legíveis do Título de Eleitor;
- g) 2 (duas) cópias legíveis de comprovante de inscrição no INSS;
- h) 2 (duas) cópias legíveis de documento contendo o número de conta salário (cóg.037) da Caixa Econômica Federal;
- i) foto 3x4 - **enviar o arquivo por meio do Portal do Estudante de Pós-Graduação**, conforme instrução no Portal;
- j) 2 (duas) fotos 3 x 4, colorida com fundo branco;
- k) Para os médicos brasileiros formados em outro país: 2 (duas) cópias legíveis e autenticadas de comprovante de inscrição no Conselho Regional de Medicina e 2 (duas) cópias legíveis do diploma de graduação em medicina devidamente revalidado por Universidades públicas brasileiras (Resoluções CFM nº 1.831/2008, de 24 de janeiro de 2008, e CFM nº 1.832/2008 de 25 de fevereiro de 2008);
- l) Para os médicos estrangeiros que concluíram o curso de graduação em Medicina em faculdades brasileiras reconhecidas pelo MEC: 2 (duas) cópias do comprovante de inscrição no Conselho Regional de Medicina, sendo exigido o visto permanente no Brasil e diploma de graduação (Resolução CFM nº 1.832, de 25 de fevereiro de 2008);
- m) Para os médicos estrangeiros que concluíram o curso de graduação em Medicina em faculdades fora do Brasil: 2 (duas) cópias legíveis do comprovante de inscrição no Conselho Regional de Medicina, sendo exigido o visto permanente no Brasil, diploma de graduação devidamente revalidado por Universidades públicas brasileiras e certificado de proficiência da língua portuguesa, concedido por instituição oficial (Resolução CFM nº 1.832 de 25 de fevereiro de 2008);
- n) Candidato estrangeiro ou candidato brasileiro que concluiu o Curso de Residência Médica no Exterior, aprovado para áreas com exigência de pré-requisito, deverá entregar 2 (duas) cópias legíveis do Certificado de Conclusão do PRM Residência Médica revalidado por uma Instituição Pública Brasileira e registro da CNRM (Resolução CNRM nº 08/2005);
- o) Candidatos estrangeiros, os mesmos deverão apresentar 2 (duas) cópias de documento de identidade (certidão de nascimento) traduzido e autenticado por órgão oficial do Brasil, visto de permanência atualizado e comprovante de proficiência na Língua Portuguesa;
- p) O candidato que efetuar sua inscrição em Programa de Residência Médica com exigência de pré-requisito, deverá apresentar 2 cópias do comprovante de conclusão do pré-requisito exigido ou documento que declare sua condição de concluir o pré-requisito até o dia de início do curso pretendido. Este documento deverá conter, obrigatoriamente, dia, mês e ano do início e término da Residência, assim como a data e o número do parecer da CNRM que credenciou o programa;



- q) Cópia do Cartão de Vacinação, constando os dados referentes a cada dose de vacina obrigatória recebida, a saber: **Hepatite B; dT (Dupla tipo adulto)** - Difteria e Tétano; **Febre Amarela e Tríplice Viral** - sarampo, caxumba e rubéola, disponíveis em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- r) Ficha de identificação, declaração de vacina e ficha CNES, devidamente preenchidas, disponibilizadas no final deste edital de convocação para a matrícula.

IV. PERÍODO E LOCAL PARA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

Os candidatos aprovados e classificados no processo seletivo que realizaram a matrícula Via Web, deverão entregar os documentos para efetivar a matrícula **no dia 31 de março de 2016, das 8h às 8h30min, conforme indicado no Cronograma de Matrícula já apresentado**, na Secretaria do Curso de Residência na área da Saúde/COREME, Prédio Administrativa do Hospital Universitário, Londrina/PR.

V. LISTA DE CLASSIFICADOS

CLÍNICA MÉDICA

1. Tassiara da Silva
2. Rafael Goulart Araújo
3. Vinicius Silva Barros

VI. INÍCIO DAS AULAS

As aulas terão início no dia **31 de março de 2016, às 9h** no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná.

Londrina, 30 de março de 2016.

Prof. Dr. Amauri Alcindo Alfieri,
Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Profª Drª Maria Helena P. Fungaro,
Diretora de Pós-Graduação



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
SECRETARIA DOS CURSOS DE RESIDÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE
IDENTIFICAÇÃO DO RESIDENTE

RESIDÊNCIA: () Médica () Enfermagem () Fisioterapia () CTBMF () Multiprofissional () Farmácia

Área /especialidade: _____ DATA: ____/____/2016

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME DO RESIDENTE: _____

FILIAÇÃO: Pai: _____ Mãe: _____

ESTADO CIVIL: _____ NOME DO CÔNJUGE: _____

NATURAL DE: _____ DATA DO NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ CEP: _____

FONE RESID. _____ CELULAR: _____ FONE P/RECADOS _____

C. DE IDENT.: nº _____ Órgão Expedidor e Estado: _____ Data expedição: ____/____/____

CPF: _____ Nº Conselho classe*: _____ MATRÍCULA UEL **Nº _____

PIS/PASEP/NIT: _____ C/C CX.ECONÔMICA FED.: Ag: _____ Nº: _____

Tít.Eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____ Cidade: _____

Reservista: _____ E-MAIL _____

DADOS SOBRE O CURSO DE GRADUAÇÃO QUE FREQUENTOU:

Curso: _____ Nome da Faculdade: _____

Sigla: _____ Cidade: _____ Início: _____ Término _____

Para áreas de residência médica com pré-requisito:

DADOS CURSO DE RESIDÊNCIA QUE FREQUENTOU (para residentes que irão cursar residência médica que exige pré-requisito)

Sigla: _____ Nome da Faculdade/Hospital: _____ Cidade: _____

Área: _____ Início: _____ Término _____

Assinatura do residente: _____

Obs: 1. Preencher com letra legível.

2. *Conselho de Classe é o seu número de registro no conselho profissional (CRM /CREFITO/COREN/CRF ou CRO, etc)

3. **O número de Matrícula será fornecido pela UEL no momento da matrícula (portal do estudante).

4. Entregar este formulário preenchido no momento da matrícula



DECLARAÇÃO DE VACINAÇÃO

Eu, _____ RG. _____

Residência/Área: _____

Data de Nasc.: ____/____/____, nº de matrícula (UEL) _____

nº Cartão SUS: (obrigatório): _____

Declaro para os devidos fins que estou com minha situação vacinal em dia, ou seja, recebi as seguintes vacinas:

1. Hepatite B – ☐ 1ª dose ☐ 2ª dose ☐ 3ª dose ☐ Reforço
2. dT – ☐ dose única (reforço a cada 10 anos)
3. Tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola) – ☐ 1ª dose ☐ 2ª dose
4. Febre Amarela – ☐ dose única (reforço a cada 10 anos)

Termo de Ciência sobre Varicela para profissional e estudante da área da Saúde

	SIM	NÃO	NÃO SEI
1. Você já teve varicela (ou catapora)?			
2. Alguém nba sua casa já teve varicela enquanto você morava lá?			
3. Você já teve Herpes Zoster?			
4. Você tem cicatriz de varicela no rosto e/ou corpo?			
5. Você tomou a vacina de varicela? Se tomou a vacina de varicela, recebeu 1 ou 2 doses: _____			
6. Você tem alguma doença imunossupressora? (por ex: leucemia, Neoplasia, HIV....)?			
7. Você toma algum medicamento imunossupressor? (por ex: Corticóide oral há mais de 2 semanas, Quimioterapia...)?			
8. Você já teve alguma reação vacinal? Se sim, com qual vacina e que tipo de reação? _____			
9. Você quer relatar mais alguma informação relativa a sua saúde e/ou sobre sua situação vacinal? _____			

Anexo está a cópia do Cartão de Vacinação para comprovar o recebimento das vacinas.

Sou responsável pelas informações apresentadas, sem mais para o momento.

Atenciosamente.

Preenchido em : ____/____/____ Assinatura do Residente: _____



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
CADASTRO DE PROFISSIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
-CADASTRO RESIDENTES-

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (RESIDENTE)

NOME COMPLETO DO RESIDENTE:			SEXO () M () F
DATA NASC.	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:	ESTADO	NACIONALIDADE () Brasileiro () Estrangeiro
NOME DA MÃE:			
NOME DO PAI:			

ESTRANGEIRO

PAÍS DE ORIGEM:	DATA DA ENTRADA:
-----------------	------------------

NATURALIZADO

DATA DA NATURALIZAÇÃO:	NÚMERO DA PORTARIA:
------------------------	---------------------

DADOS RESIDENCIAIS

ENDEREÇO:		NÚMERO:	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	CEP	ESTADO

DOCUMENTOS

NÚMERO DO CPF:		NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS	
NÚMERO DO RG:	ORGÃO EMISSOR	ESTADO	DATA DA EMISSÃO
NOME E SIGLA DO CONSELHO REGIONAL DE CLASSE		NÚMERO DO REGISTRO	ESTADO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM:			
ÁREA DA RESIDÊNCIA/NOME DO CURSO			

Para uso da Instituição:

VÍNCULO PROFISSIONAL: RESIDENCIA
60 HORAS POR SEMANA - () AMBULATORIAL () HOSPITALAR () OUTROS

DADOS PARA CONTATO

e-mail:	Telefone (s):
---------	---------------

PREENCHIDO EM: ____/____/____ ASSINATURA: _____