



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

EDITAL PROPPG/DPG/DAM Nº 026/2017

A PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, torna público a relação do candidato classificado, por ordem de classificação, para ingresso no curso de Pós-Graduação - **Residência em Radiologia Odontológica e Imaginologia**, cujas inscrições foram abertas por meio do Edital PROPPG/DPG/DAM nº 007/2017. As instruções de matrícula são as seguintes:

- a. A matrícula será realizada via Internet, através do site da Instituição: **www.sistemasweb.uel.br/portaldoestudentepos/**.
- b. O candidato aprovado e classificado terá que se cadastrar primeiro para ter acesso ao Portal do Estudante de Pós-Graduação e realizar a matrícula.
- c. O cadastro deverá ocorrer no mesmo período em que será realizada a matrícula.

I. DOCUMENTOS PARA MATRÍCULA

O candidato deve realizar sua matrícula via WEB, no dia 20/02/2017 e imprimir a confirmação, colocar dentro de um envelope com os outros documentos indicados abaixo e entregar no dia 21/02/2017, no horário das 8h30min às 10h30min e das 14h às 16h, no Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil, na Clínica Odontológica Universitária/Uel, R. Pernambuco, nº 540, Centro - Londrina-PR:

- a) 02 (duas) cópias autenticadas do diploma do curso de graduação. **Considerando o Parecer nº 303/2000 da Câmara de Ensino Superior do MEC, o candidato aprovado 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. Até o final do curso de pós-graduação o estudante deverá apresentar fotocópia autenticada do diploma do curso de graduação;
- b) 02 (duas) cópias **autenticadas** do diploma do curso de graduação, quando expedidos no exterior, que somente serão aceitos se revalidados por instituição pública de ensino superior no Brasil;



- c) 03 (três) cópias **legíveis** da Carteira de Identidade (RG), Cadastro de Pessoa Física (CPF), Cédula de Identidade profissional, expedida pelo Conselho Regional de Odontologia ou comprovante de inscrição no Conselho, Carteira ou Certidão de Reservista, Certidão de Nascimento ou Casamento;
- d) 02 (duas) cópias de comprovante de inscrição no INSS/PIS/PASEP/NIT;
- e) 1 (uma) cópia **legível** de documento contendo o banco, número da agência e conta corrente ou poupança de qualquer banco, necessariamente sendo o titular;
- f) foto 3x4 - **enviar o arquivo por meio do Portal do Estudante de PósGraduação**, conforme instrução no Portal;
- g) em caso de candidatos estrangeiros, os mesmos deverão apresentar 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;
- h) ficha de identificação, devidamente preenchida, disponibilizada no final deste edital de convocação para a matrícula;
- i) cópia do Cartão de Vacinação, constando os dados referentes à 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);
- j) **Candidatos estrangeiros** deverão apresentar: cópia do passaporte, cópia autenticada do diploma de graduação (original), cópia autenticada da tradução juramentada do diploma, cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento, cópia autenticada da tradução juramentada da Certidão de Nascimento ou Casamento, cópia do CPF e o visto de permanência no país, atualizado.

II. PERÍODO E LOCAL PARA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

O candidato aprovado e classificado no processo seletivo que realizar a matrícula Via Web, deverá entregar os documentos para efetivar a matrícula **no dia 21/02/2017, no horário das 8h30min às 10h30min e das 14h às 16h, no Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil, na Clínica Odontológica Universitária/UEL, R. Pernambuco, nº 540, Centro - Londrina-PR.**

III. LISTA DE CLASSIFICADOS

1. Christopher Brian Bernini e Lima

IV. CONVOCAÇÃO DE SUPLENTE

- a) Havendo suplentes, a convocação será realizada via telefone no dia **22/02/2017, a partir das 9h.** O candidato convocado terá o prazo improrrogável até o dia



24/02/2017 para a confirmação de sua matrícula e deverá realizá-la via Internet, por meio do site da Instituição:
www.sistemasweb.uel.br/portaldoeestudentepos/.

- b) O candidato suplente terá que se cadastrar primeiro para ter acesso ao Portal do Estudante de Pós-Graduação e realizar a matrícula.
- c) As instruções sobre o procedimento de matrícula, bem como o Sistema para efetuar a matrícula eletrônica estarão disponíveis no site mencionado.
- d) **A não confirmação da matrícula dentro do prazo implicará na perda da vaga.**

V. INÍCIO DAS AULAS

As aulas terão início no dia **01 de março de 2017, às 14h na Clínica Odontológica Universitária/Uel, Laboratório de Diagnóstico Bucal, Rua Pernambuco, 540, Centro, Londrina-PR.**

Os candidatos não aprovados/classificados no concurso poderão retirar o *Curriculum vitae* no período 06 a 08/03/2017, das 8h30min às 10h30min, no Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil, na Clínica Odontológica Universitária/Uel, Rua Pernambuco, 540, Centro, Londrina/PR.

Londrina, 17 de fevereiro de 2017.

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

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CLÍNICA ODONTOLÓGICA UNIVERSITÁRIA
IDENTIFICAÇÃO DO RESIDENTE**

RESIDÊNCIA EM ODONTOLOGIA:

Área /especialidade: _____ DATA: ____/____/2017

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 _____

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.