



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

EDITAL PROPPG/DPG/DAM Nº 048/2017

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 nos cursos de Pós-Graduação, em nível de **Residência Médica**, cujas inscrições foram abertas por meio do Edital PROPPG/DPG/DAM nº 038/2017. As instruções de matrícula são as seguintes:

- a) A matrícula será realizada via internet, por meio do site da Instituição: **www.sistemasweb.uel.br/portaldoestudentepos/**.
- 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.**

I. DOCUMENTOS PARA MATRÍCULA

- 1) A matrícula será realizada via Internet, no dia **16 de março de 2017, no horário das 8h às 12h**, por meio do endereço eletrônico da Instituição: **www.sistemasweb.uel.br/portaldoestudentepos/**. 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 16 de março de 2017, das 8h às 12h, 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) 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** da Certidão de Nascimento ou Casamento;
- d) 2 (duas) cópias **legíveis** do Título de Eleitor;
- e) 2 (duas) cópias **legíveis** de comprovante de inscrição no INSS/PIS/PASEP/NIT
- f) 2 (duas) cópias **legíveis** de Documentação militar: Certificado de Dispensa de Incorporação ou de reservista;
- g) 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;
- h) 2 (duas) cópias da Carteira de Vacinação;
- i) 3 (três) cópias da Ficha de Identificação;
- j) 2 (duas) cópias da Ficha CNES;
- k) 2 (duas) cópias da Declaração de Vacina;
- l) 2 (duas) fotos 3 X 4, colorida com fundo branco;
- m) 3 (três) cópias **legíveis** de documento contendo o banco, nº da agência, nº da conta corrente ou poupança de qualquer banco, necessariamente sendo o titular;
- n) foto 3x4 - **enviar o arquivo por meio do Portal do Estudante de Pós-Graduação**, conforme instrução no Portal;
- o) 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);
- p) 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);
- q) 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);
- r) 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);
- s) 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;
- t) 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;



- u) 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);
 - v) 2 (duas) cópias do Check list com o cabeçalho preenchido, disponibilizado no final deste edital de convocação para a matrícula.
- 3) Para os candidatos aprovados e classificados em Programa de Residência Médica, com exigência de pré-requisito, além dos documentos descritos anteriormente, deverá apresentar o 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 Comissão Nacional de Residência Médica que credenciou o programa.

II. 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 16 de março de 2017, das 8h às 12h**, na Secretaria do Curso de Residência na área da Saúde/COREME, Prédio Administrativa do Hospital Universitário, Londrina/PR.

III. LISTA DE CLASSIFICADOS

ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR

1. Thiago Augusto Cadorin de Castro

MEDICINA INTENSIVA

1. Thais Porto Berbel

IV. CONVOCAÇÃO DE SUPLENTE

- a) Havendo suplentes, a convocação será realizada **no dia 16 de março de 2017 a partir das 14h, via telefone.**
- b) O candidato convocado deverá realizar a matrícula via internet, por meio do site da Instituição: **www.sistemasweb.uel.br/portaldodoestudentepos/** no prazo de 48 horas a partir da convocação e deverão entregar, obrigatoriamente, os documentos para efetivar a matrícula, conforme item I, deste edital, bem como assinar Termo de Compromisso da Residência, **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.**

V. INÍCIO DAS AULAS

As aulas terão início no dia **20 de março de 2017, às 8h** no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná.

Londrina, 15 de março 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

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

Nome:		Nº Matrícula:
Área de Residência:		
Fone Resid: ()	Fone Cel: ()	Fone Recado: ()
E-mail(s):		

DOCUMENTOS APRESENTADOS PARA MATRÍCULA - 2017/1

ENTREGUEM CÓPIAS **LEGÍVEIS E SEM CORTES**

ATENÇÃO: **NÃO PREENCHER OS ITENS ABAIXO** - PARA USO DA SECRETARIA - ENTREGAR ESTA PÁGINA EM **DUAS VIAS**

Documento Pendente	Documento Entregue	Documentos
		2 Cópias do Diploma do Curso de Graduação (frente e verso) autenticada
		3 Cópias do RG
		3 Cópias do CPF ou
		3 Cópias RG com CPF
		2 Cópias Certidão Nasc. ou Casamento
		2 Cópias Título de Eleitor
		2 Cópias documento com número INSS/PIS/PASEP/NIT
		2 Cópias Reservista (Doc. Militar)

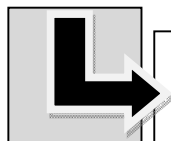
Documento Pendente	Documento Entregue	Documentos
		2 Cópias Identidade Profissional () protocolo* () provisório* () definitivo *Entregar definitivo até final do curso
		2 Cópias Carteira de vacinação
		3 Cópias Ficha de Identificação
		2 Cópias Ficha CNES
		2 Cópias Declaração de vacina
		2 Fotos 3X4 (colorida - fundo branco)
		3 Cópias de documento contendo o banco, nº da agência, nº de Conta Corrente ou conta poupança de qualquer banco, necessariamente sendo o titular
		2 Cópias Certificado conclusão PROVAB (Somente Resid. Médica)

Caso ainda o estudante não tenha o Diploma, deverá apresentá-lo até o término do curso de Pós-Graduação e nesta matrícula poderá ser substituído pelo:

Documento Pendente	Documento Entregue	Documentos
		Certificado de Conclusão do Curso de Graduação, ou
		Atestado ou Declaração de Conclusão do Curso de Graduação com Reconhecimento do Curso pelo Órgão Competente () Histórico () Declaração () Portaria

ÁREAS COM PRÉ-REQUISITO (somente áreas da medicina)

Documento Pendente	Documento Entregue	Documentos
		Certificado de conclusão do curso com o registro do MEC
		Declaração de término de curso* *Entregar Certificado de conclusão do curso da residência até final do curso



O candidato a residência que **não** cumpriu o requisito de entrega de todos os documentos no ato da matrícula, exigidos no edital, fica ciente que sua matrícula não será deferida e ficará sujeito a avaliação da PROPPG e Procuradoria Jurídica da UEL, podendo para sua vaga ser chamado suplente.

Londrina, de março de 2017

Assinatura do Residente:



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: _____



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:

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

DADOS PARA CONTATO

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

PREENCHIDO EM: ____/____/____ ASSINATURA: _____

Obs: Preencher com letra legível e entregar juntamente com os demais documentos de matrícula



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: ____/____/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 _____

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 e entregar no momento da matrícula.

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).