



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

**EDITAL PROPPG/DPG/DAM Nº 099/2016**

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 em Odontologia - Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, cujas inscrições foram abertas por meio do Edital PROPPG/DPG/DAM nº 074/2016. 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/](http://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 período de 08 a 12 de fevereiro de 2017**, por meio do site da Instituição: **[www.sistemasweb.uel.br/portaldoestudentepos/](http://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, 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.
- 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 o Termo de Compromisso da Residência, no **dia 13 de fevereiro de 2017, das 8h30min às 11h30min e das 14h às 17h, na Secretaria dos Cursos de Residência na área da Saúde**, localizada no Prédio Administrativo do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Av. Robert Koch, nº 60 - Bairro Cervejaria - Londrina - Paraná, conforme segue:
  - a) 02 (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 aprovado 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 provisório, até a apresentação do respectivo diploma.

- 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 e do CPF, quando o nº do CPF constar no RG, não é necessário apresentar a cópia do CPF;
- d) 02 (duas) cópias **legíveis** da 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;
- e) 02 (duas) cópias de comprovante de inscrição no INSS/PIS/PASEP/NIT;
- f) 1 (uma) cópia **legível** de documento contendo o número da agencia e conta corrente ou poupança de qualquer banco, necessariamente sendo o titular;
- g) 02 (duas) fotos 3 X 4, colorida com fundo branco;
- h) 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;
- i) Check list, Declaração de Vacina, Ficha CNES e Ficha de Identificação, devidamente preenchidas, disponibilizadas no final deste edital de convocação para a matrícula;
- k) 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).

## 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 13 de fevereiro de 2017, das 8h30min às 11h30min e das 14h às 17h**, na Secretaria do Curso de Residência na área da Saúde, Prédio Administrativa do Hospital Universitário, Londrina/PR.

## III. LISTA DE CLASSIFICADOS

- 1. Eder Alberto Sigua Rodriguez
- 2. Eduardo Dallazen

## IV. CONVOCAÇÃO DE SUPLENTE

- a) Havendo suplentes, a convocação será realizada por meio de Edital **no dia 15/02/2017 a partir das 16h**.
- b) O candidato convocado deverá realizar a matrícula via internet, por meio do site da Instituição: **[www.sistemasweb.uel.br/portaldoeestudentepos/](http://www.sistemasweb.uel.br/portaldoeestudentepos/)** no **dia 16 de**



**fevereiro de 2017** e deverão entregar, obrigatoriamente, os documentos para efetivar a matrícula, conforme item I, deste edital, bem como assinar Termo de Compromisso da Residência, **no dia 17 de fevereiro de 2017, das 8h30min às 11h30min e das 14h às 17h, na Secretaria dos Cursos de Residência na área da Saúde**, 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 **01 de março de 2017, às 8h** no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná.

Londrina, 21 de dezembro 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**

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) <b>autenticada</b>
		3 Cópias do RG
		3 Cópias do CPF <b>ou</b>
		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)
		1 Cópia e documento contendo o 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)

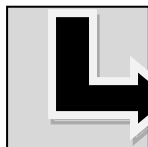
**Caso ainda o estudante não tenha o Diploma, deverá apresentá-lo até o término do curso de Pós-Graduação e nesta matrícula poderá ser substituído pelo:**

Documento Pendente	Documento Entregue	Documentos
		Certificado de Conclusão do Curso de Graduação, <b>ou</b>
		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

Documento Pendente	Documento Entregue	Documentos
		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 fevereiro 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 na 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:

<b>VÍNCULO PROFISSIONAL: RESIDÊNCIA</b>
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).