

**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 - 2019/1**

ENTREGUE CÓPIAS DOS DOCUMENTOS, CONFORME EDITAL, **LEGÍVEIS E SEM CORTES**

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

**ASSINADAS**

Documento Pendente	Documento Entregue	Documentos
		2 Cópias do Diploma do Curso de Graduação (frente e verso) <b>autenticada sem cortes e rasuras</b>
		3 Cópias do RG
		3 Cópias do CPF <b>ou</b>
		3 Cópias RG com CPF
		2 Cópias Certidão Nasc. ou Casamento
		3 Cópias Título de Eleitor
		2 Cópias documento com número INSS (PIS ou PASEP ou 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
		2 Cópias Declaração de vacina
		3 Cópias Ficha CNES
		3 Cópias Ficha de Identificação
		2 Fotos 3X4 (colorida - fundo branco)
		3 Cópias e documento contendo da Conta Salário da CEF e de outra conta bancária do banco da preferência do candidato, necessariamente sendo o titular

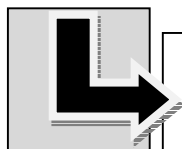
**Caso ainda o estudante não tenha o Diploma, deverá apresentá-lo até o término do curso de Pós-Graduação e nesta matrícula poderá ser substituído pelo:**

Documento Pendente	Documento Entregue	Documentos
		02 (duas) cópias do Certificado de Conclusão do Curso de Graduação, <b>ou</b>
		02 (duas) cópias do 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
		02 cópias (autenticada) do Certificado de conclusão do curso com o registro do MEC

Documento Pendente	Documento Entregue	Documentos
		02 cópias da 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 2019

Assinatura do Residente:

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

**IDENTIFICAÇÃO DO RESIDENTE**

Preencher com letra legível (3 VIAS) e entregar preenchida e assinada no momento da matrícula

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

Área /especialidade: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

NOME DO RESIDENTE: \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO: Pai: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ NOME DO CÔNJUGE: \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ COR/ORIGEM ÉTNICA: \_\_\_\_\_ GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_

NATURAL DE: \_\_\_\_\_ DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: ( ) F ( ) M

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 UELNº \_\_\_\_\_

PIS/PASEP/NIT: \_\_\_\_\_ DATA DO PRIMEIRO EMPREGO: \_\_\_\_\_

Tít. Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Reservista: \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**2. DADOS BANCÁRIOS:**

Conta Salário (CS) da CEF: Nº da Agência com dígito: \_\_\_\_\_ nº da Conta Salário com dígito: \_\_\_\_\_

Conta Bancária vinculada a CS da CEF: Nº e nome do Banco: \_\_\_\_\_ Nº da Agência: \_\_\_\_\_ nº da Conta: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

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

**DECLARAÇÃO DE VACINAÇÃO**

**Preencher com letra legível e entregar no momento da matrícula (2 VIAS E ANEXAR CÓPIA DA CARTEIRA OU CARTÃO DE VACINAÇÃO E CÓPIA CARTÃO SUS EM CADA VIA)**

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

**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 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  
SECRETARIA DOS CURSOS DE RESIDÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE

CADASTRO DE PROFISSIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - CNES

-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			
NÚMERO DE MATRÍCULA DA RESIDÊNCIA			

VÍNCULO PROFISSIONAL: RESIDÊNCIA - Para uso da Instituição (NÃO PREENCHER)

60 HORAS POR SEMANA - ( ) AMBULATORIAL ( ) HOSPITALAR ( ) OUTROS

DADOS PARA CONTATO

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

PREENCHIDO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

Obs: Preencher com letra legível e entregar (3 VIAS) juntamente com os demais documentos de matrícula