



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

EDITAL PROPPG/DPG/DAM Nº 104/2015

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 Multiprofissional em Saúde da Mulher**, cujas inscrições foram abertas por meio do Edital PROPPG/DPG/DAM nº 082/2015. As instruções de matrícula são as seguintes:

- a) A matrícula será realizada via internet, por meio do site da Instituição: <http://www.uel.br/portaldoeestudante>.
- 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.	11 a 15/02/2016
2. Recolhimento da Documentação dos Estudantes na Secretaria de PG, no Centro.	17 e 18/02/2016
3. Envio de Documentação dos Estudantes da SPG para a PROPPG.	31/03/2016

II. CONVOCAÇÃO DE SUPLENTE

- a) Havendo suplentes, a convocação será realizada por meio de Edital **no dia 19/02/2016 a partir das 16h.**
- b) O candidato convocado deverá realizar a matrícula via internet, por meio do site da Instituição: <http://www.uel.br/portaldoeestudante> **no período de 20 a 22 de fevereiro 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, **no dia 23 de fevereiro de 2016, 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.**

III. DOCUMENTOS PARA MATRÍCULA

- 1) A matrícula será realizada via Internet, **no período de 11 a 15 de fevereiro de 2016**, por meio do site da Instituição: **<http://www.uel.br/portaldoeestudante>**. O candidato aprovado e classificado dentro do limite de vagas terá que se cadastrar primeiro para ter acesso ao Portal do Estudante de Pós-Graduação e realizar a matrícula e **inserir foto 3x4 (upload)**. **O cadastro deverá ocorrer no mesmo período em que será realizada a matrícula.** As instruções sobre o procedimento de matrícula, bem como o Sistema para efetuar a matrícula eletrônica estarão disponíveis no site 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 o Termo de Compromisso da Residência, **no período de 17 e 18 de fevereiro de 2016, 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 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) 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 cada categoria profissional ou comprovante de inscrição no Conselho;
- e) Carteira de Reservista, Certidão de nascimento ou casamento;
- f) 02 (duas) cópias legíveis do Título de Eleitor;
- g) 02 (duas) cópias de comprovante de inscrição no INSS/PIS/PASEP/NIT;
- h) 02 (duas) cópias de documento contendo o número de conta corrente;
- i) 02 (três) fotos 3 X 4, colorida com fundo branco;
- j) 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 atualizada e comprovante de proficiência na língua portuguesa;
- k) Ficha de identificação, cadastro Sigresidência, Ficha CNES, declaração de vacina, devidamente preenchidas, disponibilizadas no final deste edital de convocação para a matrícula;
- l) 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).

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 **nos dias 17 e 18 de fevereiro de 2016, das 8h30min às 11h30min e das 14h às 17h, conforme indicado no Cronograma de Matrícula já apresentado**, na Secretaria do Curso de Residência na área da Saúde, Prédio Administrativa do Hospital Universitário, Londrina/PR.

V. LISTA DE CLASSIFICADOS

EDUCAÇÃO FÍSICA

1. Talyta Daniela Floriano Quintamilha
2. Priscila Gleice de Sales

ENFERMAGEM

1. Mariana Campos Campana
2. Larissa Pereira Falavina
3. Larissa de Freitas Cardoso
4. Janaína Ramos Martins
5. Mariana Santos de Campos
6. Renan José da Silva
7. Giovana Garbelini de Souza



8. Vitória Marques de Sá Sanvezzo

FARMÁCIA

1. Camyle Zavatto Berbel
2. Jessica Vertuan Rufino

NUTRIÇÃO

1. Renata Cristina Alves
2. Juliana Emilia Monteiro Bueno

PSICOLOGIA

1. Ana Julia Lelis Rodrigues
2. Priscilla da Silva Faria

VI. INÍCIO DAS AULAS

As aulas terão início no dia **01 de março de 2016, às 8h** no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná.

Londrina, 18 de dezembro de 2015.

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.



MINISTÉRIO DA SAÚDE/EDUCAÇÃO

Sistema de Informações Gerenciais do Pró-residência (SIGRESIDÊNCIA)
RESIDÊNCIA SAÚDE DA MULHER
CADASTRO DO RESIDENTE

NOME COMPLETO:	
CPF:	SEXO:
Nome do Pai:	Nome da Mãe:
Data de Nascimento:	Estado Civil:
Nacionalidade	Cor/Origem Étnica:
UF Naturalidade:	Naturalidade:
Grupo Sanguíneo:	PIS/PASEP:
Nº Título de Eleitor:	Nº do RG:
Órgão Expedido do RG:	UF do RG:
Data de Emissão do RG:	e-mail:
Telefone fixo de contato:	Telefone Celular:
Escolaridade:	Data do primeiro emprego:
Logradouro (Rua, av.):	
CEP:	Nº:
Complemento:	Bairro:
UF:	Município:
Escolaridade:	Profissão:
UF de registro no conselho profissional:	Conselho Profissional:
nº de Registro no conselho:	
Banco:	Tipo de Conta:
Agência:	Nº de conta:
Dependentes Econômicos:	

Obs: Preenchimento obrigatório de todos os campos

Assinatura: _____



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: _____