



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

**EDITAL PROPPG/DPG/DAM Nº 018/2016**

A PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, torna público a relação do candidato suplente convocado, por ordem de classificação, para ingresso no curso de Pós-Graduação, em nível de **Residência em Fisioterapia**, cujas inscrições foram abertas por meio dos Editais PROPPG/DPG/DAM nºs 074 e 101/2015. As instruções de matrícula são as seguintes:

- a) A matrícula será realizada via internet, por meio do site da Instituição: <http://www.uel.br/portaldoestudante>.
- 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, bem como inserir foto 3x4 (upload).**
- d) **A não confirmação da matrícula dentro do prazo implicará na perda da vaga.**
- e) 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/suplentes na seleção.	20 a 22/02/2016
2. Recolhimento da Documentação dos Estudantes na Secretaria de PG, no Centro.	22 e 23/02/2016
3. Envio de Documentação dos Estudantes da SPG para a PROPPG.	31/03/2016

**II. DOCUMENTOS PARA MATRÍCULA**

- 1) O candidato aprovado e classificado como suplente, convocado para realizar a matrícula, deverá fazê-la Via Web, **no período de 20 a 22/02/2016** e entregar, obrigatoriamente, os documentos para efetivar a matrícula, bem como assinar termo de compromisso da residência, **nos dias 22 e 23 de fevereiro de 2016, das 8h30min às 11h30min e das 14h às 16h, 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 em Fisioterapia. Considerando o Parecer nº 303/2000 da Câmara de Ensino Superior do MEC, o candidato aprovado que não possuir o diploma 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 CPF;
- c) 2 (duas) cópias legíveis de Documentação militar: Certificado de Dispensa de Incorporação ou de reservista;
- d) 2 (duas) cópias legíveis da Cédula de Identidade de Farmacêutico expedida pelo Conselho Regional de Fisioterapia (CREFITO) ou comprovante de inscrição no Conselho;
- e) 2 (duas) cópias legíveis Certidão de Nascimento ou Casamento;
- f) 2 (duas) cópias legíveis de comprovante de inscrição no INSS;
- g) 2 (duas) cópias do Título de Eleitor;
- h) 2 (duas) cópias legíveis de documento contendo o número de conta salário da Caixa Econômica Federal;
- i) 2 (fotos) fotos 3 x 4, colorida com fundo branco;
- j) foto 3x4 - **enviar o arquivo por meio do Portal do Estudante de Pós-Graduação**, conforme instrução no Portal;
- k) para farmacêuticos brasileiros formados em outro país: 2 (duas) cópias legíveis e autenticadas de comprovante de inscrição no Conselho Regional de Fisioterapia e 2 (duas) cópias legíveis do diploma de graduação devidamente revalidado por Universidades públicas;
- l) para os farmacêuticos estrangeiros que concluíram o curso de graduação em Farmácia em faculdades brasileiras reconhecidas pelo MEC: 2 cópias do comprovante de inscrição no Conselho Regional de Fisioterapia, sendo exigido o visto permanente no Brasil e diploma de graduação;
- m) para os farmacêuticos estrangeiros que concluíram o curso de graduação em Farmácia em faculdades fora do Brasil: 2 (duas) cópias legíveis do comprovante de inscrição no Conselho Regional de Farmácia, sendo exigido o visto permanente no Brasil, diploma de graduação devidamente revalidado por Universidades públicas brasileiras;  
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;
- o) Ficha de identificação, declaração de vacina e ficha CNES, devidamente preenchidas, que serão disponibilizadas no final do edital e no endereço eletrônico: <http://www.uel.br/proppg/portal/pages/residencias.php>, juntamente com o resultado final;



- p) 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).

### III. PERÍODO E LOCAL PARA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

O candidato aprovado e classificado como suplente no processo seletivo que realizar a matrícula Via Web, deverá entregar os documentos para efetivar a matrícula **nos dias 22 e 23 de fevereiro de 2016, das 8h30min às 11h30min e das 14h às 16h, 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.

### IV. LISTA DE CLASSIFICADO

#### FISIOTERAPIA PULMONAR

1. Marianna Barreto Di Martino

### V. 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, 19 de fevereiro 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  
**IDENTIFICAÇÃO DO RESIDENTE**

RESIDÊNCIA: ( ) Médica ( ) Enfermagem ( ) Fisioterapia ( ) CTBMF ( ) Multiprofissional ( ) An.Clínicas

Área da residência: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA Nº \_\_\_\_\_

PIS/PASEP/NIT: \_\_\_\_\_ C. SALÁRIO CEF: 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: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016 Assinatura: \_\_\_\_\_

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



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

DADOS PARA CONTATO

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

PREENCHIDO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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.

DATA: \_\_\_\_\_

Assinatura do Residente: \_\_\_\_\_