



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

**EDITAL PROPPG/DPG/DAM Nº 114/2017**

A PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO faz saber, a quem possa interessar que realizará Seleção Pública visando o suprimento de **01 vaga para médico residente do SEGUNDO ANO do Programa de Residência Médica em INFECTOLOGIA**, oferecido pelo Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina - UEL, para o ano de 2018, programa este credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

**1 - 1ª ETAPA - SELEÇÃO**

- 1.1. A seleção dos candidatos será realizada mediante:
  - a) Análise de *Curriculum Vitae* (nota de 0-10)
  - b) Entrevista e Arguição do Currículo (nota de 0-10)
- 1.2. A nota final será a média aritmética entre a nota da Análise e Arguição do currículo.
- 1.3. A Entrevista e Arguição do Currículo será realizada na Sala dos Docentes do Setor de Moléstias Infecciosas do Hospital Universitário, Londrina, **no dia 30 de outubro de 2017, com início às 8h30min, sendo que a chamada será realizada por ordem alfabética.**
- 1.4. O candidato classificado será convocado, observado o número de vagas, para dar início à etapa de transferência.
- 1.5. A Universidade expedirá em favor do candidato classificado e convocado Atestado de vaga, de pagamento de bolsa e de concordância com a transferência.
- 1.6. O resultado da 1ª Etapa será divulgado **no dia 31 de outubro de 2017, a partir das 14h**, por meio de mensagem eletrônica - e-mail do candidato, onde será anexado edital específico, por ordem de classificação.
- 1.7. Após a divulgação do resultado, o candidato deverá entrar em contato com a Comissão de Residência Médica - COREME - UEL para obter os documentos citados no item 1.5.
- 1.8. Será aprovado o candidato com nota final igual ou superior a 5,0 (cinco).

## **2 - 2ª ETAPA - TRANSFERÊNCIA**

- 2.1. A etapa de transferência será iniciada após a classificação do candidato, de acordo com o número de vaga e até o seu preenchimento, observado o item 1.4, para dar início ao procedimento previsto na Resolução CNRM nº 06, de 20 de outubro de 2010 (ANEXO I).
- 2.2. O candidato convocado deverá adotar as seguintes providências junto à COREME de origem:
- a) formular solicitação de transferência, acompanhada de exposição de motivos, anexando os documentos fornecidos pela COREME/HU/UEL, conforme descrito no item 1.5 e Parecer favorável da Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM) dos Estados de origem e de destino;
  - b) protocolar a documentação na COREME de origem, para análise e encaminhamento à Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM) do Estado de origem, que por sua vez enviará para análise final da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).
- 2.3. A transferência somente será efetivada após análise e aprovação final da CNRM, estando em ordem a documentação necessária.
- 2.4. Para efetivar a transferência, o candidato deverá entregar na Secretaria dos Cursos de Residência na área da Saúde, 3 (três) cópias legíveis dos seguintes documentos:
- diploma do curso de graduação;
  - Certificado de conclusão do PRM em Infectologia reconhecido pela CNRM;
  - Carteira de Identidade;
  - CPF;
  - Certificado de Dispensa de Incorporação ou de reservista;
  - Cédula de Identidade do Médico expedida pelo Conselho Regional de Medicina (CRM);
  - Certidão de Nascimento ou Casamento;
  - comprovante de inscrição no INSS;
  - 2 (duas) cópias legíveis de documento contendo o número de conta salário da Caixa Econômica Federal. (Esta conta salário deve ser da Agência da Caixa Econômica Federal, localizada no Hospital Universitário ou no Campus Universitário/UEL - Londrina, que pode ser aberta no dia da matrícula. Esta conta salário deve estar vinculada a uma conta de qualquer banco da preferência do candidato);
  - 2 (duas) fotos 3 x 4, colorida com fundo branco.

## **3 - PROCEDIMENTO PARA INSCRIÇÃO**



- 3.1. Os interessados poderão efetuar sua inscrição através de remessa postal, **SEDEX** ou protocolar seu pedido de interesse em concorrer à vaga, junto à Divisão de Comunicação e Arquivo do Hospital Universitário, Av. Robert Koch, nº 60, Londrina, Estado do Paraná, **no período de 16 a 19 de outubro de 2017**, nos seguintes horários: das 8h às 12h e das 13h às 17h, juntamente com:
- a) formulário de inscrição (anexo)
  - b) atestado de matrícula de estar freqüentando em 2017, o R1 do Programa de Residência Médica em Infectologia;
  - c) cópia do parecer da CNRM de credenciamento do programa de residência médica de Infectologia;
  - d) Cópia do *Curriculum vitae* comprovado.
  - e) Grade curricular onde demonstre os estágios que foram ou que estão sendo realizados durante o R1 do PRM em Infectologia.
- 3.2. A remessa postal, SEDEX 10, deve ocorrer **até o dia 19 de outubro de 2017**, com a documentação exigida no subitem 3.1 para o seguinte endereço: Secretaria dos Cursos de Residência na Área da Saúde/COREME/Diretoria Clínica do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Av. Robert Koch, nº 60, Bairro Cervejaria, Caixa Postal 791 - Londrina - Paraná, CEP: 86038-350. Fone: (43) 3371-2278.
- 3.3. Não haverá cobrança de taxa de inscrição.
- 3.4. Não serão analisados pedidos incompletos, desprovidos de documentação necessária.

Os casos omissos serão analisados pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação e Comissão de Seleção e Comissão Coordenadora do Curso.

Londrina, 06 de outubro de 2017.

Prof. Dr. Amauri Alcindo Alfieri,  
**Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação**

Profª Drª Maria Helena P. Fungaro,  
**Diretora de Pós-Graduação**



**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO  
PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA - R2/2018**

**RESIDENTE DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM INFECTOLOGIA**

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

NOME: \_\_\_\_\_  
FILIAÇÃO: Pai: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ NOME DO CÔNJUGE: \_\_\_\_\_  
NATURAL DE: \_\_\_\_\_ DATA DO NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
CIDADE \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
FONES: Residência: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Recado: \_\_\_\_\_  
C. DE IDENT.: nº \_\_\_\_\_ CPF : \_\_\_\_\_ NºCRM/Estado: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**2. CURSO DE GRADUAÇÃO**

Nome da Faculdade (graduação): \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Início e Término do curso Médico \_\_\_\_\_

**3. RESIDÊNCIA MÉDICA EM INFECTOLOGIA**

Nome da Faculdade/Hospital: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_  
Data Início: \_\_\_\_\_ Número e data do Parecer da CNRM: \_\_\_\_\_

**4. MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_