



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

EDITAL PROPPG/DPG/DAM Nº 021/2016

A PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, torna público a relação dos candidatos suplentes, por ordem de classificação, para ingresso nos cursos de Pós-Graduação, em nível de **Residência Médica**, cujas inscrições foram abertas por meio dos Editais PROPPG/DPG/DAM nºs 067, 077 e 098/2015. 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 como suplente, convocado para efetivar a matrícula 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.	19 a 21/02/2016
2. Recolhimento da Documentação dos Estudantes na Secretaria de PG, no Centro.	22/02/2016
3. Envio de Documentação dos Estudantes da SPG para a PROPPG.	31/03/2016

II. DOCUMENTOS PARA MATRÍCULA

- 1) Os candidatos aprovados e classificados como suplentes, convocado deverão realizar a matrícula via internet, por meio do site da Instituição: <http://www.uel.br/portaldoestudante>, **no período de 19 a 21 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 22 de fevereiro de 2016, das 8h às 11h30min e das 14h às 17h, na Secretaria dos Cursos de Residência na área da Saúde/COREME**, localizada no Prédio Administrativo do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Av. Robert Koch, nº 60 - Bairro Cervejaria - Londrina - Paraná, conforme segue:

- a) (duas) cópias legíveis e autenticadas do diploma do curso de graduação.
- b) Considerando o Parecer nº 303/2000 da Câmara de Ensino Superior do MEC, o candidato 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 precário e provisório, até a apresentação do respectivo diploma;
- c) 3 (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) 2 (duas) cópias legíveis de Documentação militar: Certificado de Dispensa de Incorporação ou de reservista;
- e) 2 (duas) cópias legíveis da Cédula de Identidade do Médico ou da Carteira Profissional do Médico - modelo livro (capa verde), expedida pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) ou comprovante de inscrição no CRM;
- f) 2 (duas) cópias legíveis da Certidão de Nascimento ou Casamento;
- g) 2 (duas) cópias legíveis de comprovante de inscrição no INSS;
- h) 2 (duas) cópias legíveis do Título de Eleitor;
- i) 2 (duas) cópias legíveis de documento contendo o número de conta salário da **Caixa Econômica Federal**;
- j) foto 3x4 - **enviar o arquivo por meio do Portal do Estudante de Pós-Graduação**, conforme instrução no Portal;
- k) 2 (duas) fotos 3 x 4, colorida com fundo branco;
- l) Para os médicos brasileiros formados em outro país: 2 (duas) cópias legíveis e autenticadas de comprovante de inscrição no Conselho Regional de Medicina e 2 (duas) cópias legíveis do diploma de graduação devidamente revalidado por Universidades públicas brasileiras (Resoluções CFM nº 1831/2008 de 24/01/2008 e CFM nº 1832/2008 de 25/02/2008);
- m) Para os médicos estrangeiros que concluíram o curso de graduação em Medicina em faculdades brasileiras reconhecidas pelo MEC: 2 (duas) cópias do comprovante de inscrição no Conselho Regional de Medicina, sendo exigido o visto permanente no Brasil e diploma de graduação (Resolução CFM nº 1.832 de 25/02/2008);
- n) Para os médicos estrangeiros que concluíram o curso de graduação em Medicina em faculdades fora do Brasil: 2 (duas) cópias legíveis do comprovante de inscrição no Conselho Regional de Medicina, sendo exigido o visto permanente no Brasil, diploma de graduação devidamente revalidado por Universidades públicas brasileiras e certificado de proficiência da língua portuguesa, concedido por instituição oficial (Resolução CFM nº 1.832 de 25/02/2008);
- o) 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;
- p) cópia do Cartão de Vacinação, constando os dados referentes a 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);
- q) 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>, ou www.hu.uel.br, juntamente com o resultado final;
- 2) Para os candidatos aprovados e classificados como suplentes, convocados em Programa de Residência Médica, com exigência de pré-requisito, além dos documentos descritos anteriormente, deverá apresentar 2 (duas) cópias do comprovante de conclusão do pré-requisito exigido ou documento que declare sua condição de concluir o pré-requisito até o dia de início do curso pretendido. Este documento deverá conter, obrigatoriamente, dia, mês e ano do início e término da Residência, assim como a data e o número do parecer da Comissão Nacional de Residência Médica que credenciou o programa.

III. PERÍODO E LOCAL PARA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

Os candidatos aprovados e classificados como suplentes no processo seletivo que realizaram a matrícula Via Web, deverão entregar os documentos para efetivar a matrícula **no dia 22 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/COREME, Prédio Administrativa do Hospital Universitário, Londrina/PR.

IV. LISTA DE CLASSIFICADOS

ANESTESIOLOGIA

1. Eder Samorano Fortes Oliveira
2. Renata Schwendler Fiorini

CIRURGIA GERAL

1. Gustavo Falavigna Guilherme
2. Mariana Juliato Becker
3. Walter Colonello Filho

CLINICA MÉDICA

1. Alexandre Mestre Tejo
2. Guilherme de Lima Arruda Storel
3. Hugo Rafael da Costa Benalia
4. Jéssica Zanella Hubner
5. Larissa Marion Grande

DERMATOLOGIA

1. Camille Bresolin Pompeu

NEONATOLOGIA

1. Anny Karolyne Rossi
2. Flávia Querubim Oliveira

OFTALMOLOGIA

1. Everton Costa Carvalho
2. Rafael Yoiti Kato

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1. Anelise Longoni De Souza
2. Bruno Amorim Oliveira Pinto

OTORRINOLARINGOLOGIA

1. Murilo Carlos Gimenes
2. Poliana Camurça Da Silva

PATOLOGIA

1. Silvana Canazilles Alves

PEDIATRIA

1. Thaiana Carla De Sousa

PSIQUIATRIA

1. Camylla Pinheiro De Sousa

UROLOGIA

1. Willian Eduardo Ito

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

Prof^a Dr^a 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: _____ CONTA 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 _____

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 _____

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



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: ____/____/2016

Assinatura do Residente _____