



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

**EDITAL PROPPG/DPG/DAM Nº 100/2015**

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 em Farmácia**, cujas inscrições foram abertas por meio do Edital PROPPG/DPG/DAM nº 072/2015. 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.**
- 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 SUPLENTES**

- 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/portaldoestudante> **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 no **mesmo período destinado à matrícula, se cadastrar primeiro** para ter acesso ao Portal do Estudante de Pós-Graduação, realizar a matrícula **e inserir foto 3x4 (upload)**. As instruções sobre o procedimento de matrícula bem como o Sistema para efetuar a matrícula eletrônica e inserir foto, estarão disponíveis no endereço eletrônico 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 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 em Farmácia.  
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) 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;
  - 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 Farmácia (CRF) ou comprovante de inscrição no CRF;
  - e) 2 (duas) cópias legíveis Certidão de Nascimento ou Casamento;



- f) 2 (duas) cópias legíveis do Título de Eleitor;
- g) 2 (duas) cópias legíveis de comprovante de inscrição no INSS;
- h) 02 (duas) cópias de documento contendo o número de conta corrente ou 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 Farmácia 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 Farmácia, 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;
- n) 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 CNES, devidamente preenchidas, disponibilizadas no final deste edital de convocação para a matrícula;
- 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).

#### 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

##### ANÁLISES CLÍNICAS

1. Talita Cristina Galvão
2. Jessica Grande Augusto



3. Larissa Campanha Gasparotto
4. Luana Soares de Moraes
5. Fabiana Hiromi Takashina
6. Camila Franciele de Souza

## **FARMÁCIA HOSPITALAR E CLÍNICAS**

1. Erica Scaranti Andrade
2. Gustavo Scacco
3. Fernanda dos Santos Domingues
4. Amanda Cristina Ishioka de Oliveira

## **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



## 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: \_\_\_\_\_