



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
SECRETARIA DOS CURSOS DE RESIDÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO RESIDENTE

Preencher com **LETRA LEGÍVEL** : (3 VIAS = 1 original e 2 cópias). Entregar/enviar preenchida e assinada.

RESIDÊNCIA: () Médica () Enfermagem () Farmácia () Fisioterapia () CTBMF
() Multiprofissional Saúde da Mulher () Multiprofissional Saúde da Família

Área /especialidade: _____

DATA: ____/____/2024

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME DO RESIDENTE: _____

FILIAÇÃO: Pai: _____ Mãe: _____

ESTADO CIVIL: _____ NOME DO CÔNJUGE: _____

NACIONALIDADE: _____ COR/ORIGEM ÉTNICA: _____ GRUPO SANGUÍNEO: _____

NATURAL DE: _____ DATA NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: () F () M

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: _____ DATA DO PRIMEIRO EMPREGO: _____

Tít.Eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____ Cidade: _____

Reservista: _____ E-MAIL _____

2. DADOS SOBRE O CURSO DE GRADUAÇÃO QUE FREQUENTOU:

Curso: _____ Nome da Faculdade: _____

Sigla da Faculdade: _____ 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: _____



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
SECRETARIA DOS CURSOS DE RESIDÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE

DECLARAÇÃO DE VACINAÇÃO

Preencher com **letra legível** e entregar no momento da matrícula (2 VIAS E ANEXAR CÓPIA DA CARTEIRA OU CARTÃO DE VACINAÇÃO E CÓPIA CARTÃO SUS EM CADA VIA)

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:

- Hepatite B – 1ª dose 2ª dose 3ª dose
- dT – 1ª dose 2ª dose 3ª dose e de reforço a cada 10 anos
- Tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola) – 1ª dose 2ª dose
- Febre Amarela – dose única
- COVID-19 - dose única; 1ª dose 2ª dose 3ª dose 4ª dose Reforço

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 na 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 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: _____



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
SECRETARIA DOS CURSOS DE RESIDÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE

Preencher com letra legível e entregar no momento da matrícula
CADASTRO DE PROFISSIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - CNES

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 DE RESIDÊNCIA:			
NÚMERO DE MATRÍCULA DA RESIDÊNCIA – NA UEL			

VÍNCULO PROFISSIONAL: RESIDÊNCIA - Para uso da Instituição (NÃO PREENCHER)

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

DADOS PARA CONTATO

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

PREENCHIDO EM: ____/____/____ ASSINATURA: _____

Obs: Preencher com letra legível e entregar (1 ORIGINAL E 2 CÓPIAS) juntamente com os demais documentos de matrícula



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
SECRETARIA DOS CURSOS DE RESIDÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE

CONTRATO PADRÃO DE MATRÍCULA - CURSO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – 2024/1

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

NOME DO RESIDENTE: _____

FILIAÇÃO: Pai: _____ Mãe: _____

1. Área de Residência: _____ Nº MATRÍCULA: _____

2. Duração do Curso: _____ anos. Carga horária semanal: 60 (sessenta) horas.

4. Início do Curso: ____/____/____. Previsão de Término do Curso: ____/____/____.

Declaro estar plenamente de acordo com as seguintes condições, para realização do Curso de Residência Médica, no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná da Universidade Estadual de Londrina.

5. São direitos dos Médicos Residentes, além dos previstos no Estatuto, Regimento Geral da Universidade e Comissão Nacional de Residência Médica:

- I. acesso ao regulamento da Residência, disponível no portal da UEL – PROPPG - Regulamentos.
- II. percepção de bolsa, cujo valor será determinado pela Comissão Nacional de Residência Médica e autorizado pelo Conselho de Administração da Universidade Estadual de Londrina;
- III. O valor da bolsa-residência, é o valor integral da contrapartida financeira, não incidindo sobre ele nenhum acréscimo ou vantagem agregada, seja a título de Auxílio-Moradia ou outra espécie de auxílio financeiro"
- IV. alimentação no Hospital Universitário e no Restaurante Universitário (campus universitário), quando no exercício de suas atividades, nos termos da Lei;
- V. repouso anual, de 30 (trinta) dias consecutivos ou 2 períodos de 15 (quinze) dias, conforme escala aprovada pela Comissão de Residência Médica;
- VI. representação junto à Comissão de Residência Médica;
- VII. licença casamento, paternidade e luto conforme estabelecido nas normas da UEL.
- VIII. Licença para participar de congressos, jornadas ou outras atividades científicas relacionados com a área de Residência que está matriculado, com o devido comprovante de inscrição e com autorização do preceptor do estágio e supervisor do curso.
- IX. 1 (um) dia de descanso semanal.
- X. Ao médico residente será assegurado o licença paternidade de 5 (cinco) dias de acordo com a legislação em vigor.
- XI. O residente que está frequentando o último ano curso, terá direito a licença para realizar provas de concursos, processos seletivos, provas de especialidades e provas de residência, desde que comprovada a inscrição, autorizado pelo preceptor do rodízio e supervisor do programa, bem como, reposição dos dias de afastamento.

6. São deveres dos residentes, além do previsto no Estatuto e Regimento Geral:

- I. conhecer e obedecer as normas do Hospital Universitário;
- II. dedicar-se com zelo e responsabilidade no cuidado aos pacientes e cumprimento das obrigações estabelecidas;
- III. participar de todas as atividades previstas no regime didático-científico do PRM;
- IV. cumprir com as obrigações de rotina;
- V. portar o "crachá" de uso obrigatório em local de fácil visibilidade;
- VI. Entregar cópia do certificado ou declaração de eventos científicos que tenha participado;
- VII. usar o uniforme convencional completo, de acordo com atividades a serem executadas;
- VIII. agir com urbanidade, discrição e lealdade;
- IX. respeitar as Normas Legais e Regulamentares;
- X. comparecer a todas as reuniões convocadas pelas autoridades superiores;



- XI. levar ao conhecimento das autoridades superiores irregularidades das quais tenha conhecimento, ocorridas na Unidade onde estiver lotado;
- XII. cumprir horários fixados pela coordenação e a semana padrão do curso;
- XIII. prestar colaboração à Unidade onde estiver lotado, fora do horário de trabalho, quando em situação de emergência;
- XIV. participar de trabalhos e apresentações científicas de conformidade com os professores, vedada a publicação sem autorização superior;
- XV. participar através de representante, da Comissão de Residência Médica, inclusive oferecendo sugestões quanto aos problemas de ordem hospitalar;
- XVI. responder civil e criminalmente, pelos atos praticados;
- XVII. solicitar em impresso próprio, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias, repouso/FÉRIAS, licenças ou qualquer outro tipo de afastamento de suas atividades no Hospital Universitário;
- XVIII. deverá inscrever-se na Previdência Social, como contribuinte individual a fim de ter assegurados os seus direitos.
- XIX. obedecer as Normas do Código de Ética do Conselho Federal de Medicina;

7. Aos residentes, é vedado, além do previsto no Estatuto e Regimento Geral da Universidade:

- I. ausentar-se das atividades do Hospital Universitário, sem autorização, expressa do preceptor do estágio ou supervisor do Curso, seja por motivo de repouso ou licença;
 - II. firmar documentos que possam gerar efeitos extra-hospitalares, sem autorização da Comissão de Residência Médica;
 - III. retirar documentos ou dar publicidade de fatos ocorridos, sem autorização superior;
 - IV. exercer atividades profissionais fora do âmbito da Universidade, durante o horário previsto para a realização das atividades acadêmicas, constantes no Programa de Residência Médica;
 - V. realizar estágio fora do Hospital Universitário, a título de complementação do Programa de Residência Médica sem prévia autorização expressa da Comissão de Residência Médica;
 - VI. trancar matrícula, salvo quando convocado para prestar Serviço Militar obrigatório ou por motivo de saúde.
8. No caso de desligamento do Curso, o residente deverá fazer ofício solicitando e justificando o afastamento.
9. Repor os dias por qualquer afastamento, além dos previstos pelo item 5, legislação da COREME e CNRM, seja no período de repouso ou no final do Curso.
10. À Médica residente será assegurada a continuidade da bolsa de estudo durante o período de 04 (quatro) meses, quando em licença gestação, devendo, porém, o período da bolsa ser prorrogado por igual tempo para fins de cumprimento da carga horária. Conforme normas vigentes a licença maternidade poderá ser prorrogada por mais 60 dias.
11. O médico residente que deixar de comparecer ao Hospital Universitário, por 5 (cinco) dias consecutivos, sem prévia autorização ou qualquer justificativa, terá sua matrícula cancelada.
12. Será recolhido, diretamente em "Folha de Pagamento" o INSS (20% do valor da bolsa), conforme previsto na legislação.(contribuinte individual)
13. O médico residente que estiver afastado de suas atividades para tratamento de saúde, deverá a partir do primeiro dia de afastamento, solicitar pagamento da bolsa diretamente ao INSS, devendo repor os dias de afastamento.
14. A duração do curso será conforme determinação da Comissão Nacional de Residência Médica e não haverá antecipação de término de curso.
15. **O Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná/Universidade Estadual de Londrina, não efetua pagamento a título de auxílio moradia e também não oferece moradia para os médicos residentes. O Hospital Universitário, disponibiliza apenas, acomodações para os médicos residentes durante a realização dos plantões noturnos**
16. O presente termo não cria e não envolve nenhuma espécie de relação de emprego entre as partes.
17. O residente deve interar-se da Resolução que estabelece o Regulamento dos Cursos de Pós-Graduação *Lato sensu*, modalidade Residência. (Resolução CEPE 99/2022), disponível no site da PROPPG.
18. O médico residente reconhece e aceita que os casos omissos serão resolvidos pela COREME e Colegiado dos cursos de Residência na área da Saúde da UEL, Comissão Estadual de Residência Médica e em última instância pela Comissão Nacional de Residência Médica.
19. E por estarem assim justos e contratados, estabelecem o foro da sede da Universidade Estadual de Londrina - Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná como competentes para dirimir dúvidas que possam advir da interpretação e aplicação do presente contrato, e assinam abaixo:

Londrina, de _____ de 2024.

Médico Residente

COREME