



Foto 3x4

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

**IDENTIFICAÇÃO DO RESIDENTE**

Preencher com LETRA LEGÍVEL

**RESIDÊNCIA MÉDICA**

Área /especialidade: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2025

**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/RECADO \_\_\_\_\_

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

**INQUÉRITO DE VACINAS**

Preencher com letra legível (CARTEIRA OU CARTÃO DE VACINAÇÃO E CÓPIA CARTÃO SUS)

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
2. dT –  1ª dose  2ª dose  3ª dose e de reforço a cada 10 anos
3. Tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola) –  1ª dose  2ª dose
4. Febre Amarela –  dose única
5. 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)

<b>NOME COMPLETO DO RESIDENTE:</b>			SEXO ( )M ( )F
DATA NASC.	MUNICIPIO DE NASCIMENTO:	ESTADO	NACIONALIDADE: ( ) Brasileiro ( ) Estrangeiro
NOME DA MAE:			
NOME DO PAI:			

**ESTRANGEIRO**

PAIS DE ORIGEM:	DATA DA ENTRADA:
-----------------	------------------

**NATURALIZADO**

DATA DA NATURALIZAÇÃO:	NUMERO DA PORTARIA:
------------------------	---------------------

**DADOS RESIDENCIAIS**

ENDEREÇO:	NUMERO:	COMPLEMENTO:	
BAIRRO:	MUNICIPIO:	CEP	ESTADO

**DOCUMENTOS**

NUMERO DO CPF:	NUMERO DO CARTAO NACIONAL DE SAUDE - CNS		
NUMERO DO RG:	ORGAO EMISSOR	ESTADO	DATA DA EMISSAO
NOME E SIGLA DO CONSELHO REGIONAL DE CLASSE:	NUMERO DO REGISTRO	ESTADO	
CURSO DE GRADUAÇÃO EM:			
AREA DA RESIDENCIA NOME DO CURSO DE RESIDÊNCIA:			
NUMERO DE MATRICULA DA RESIDÊNCIA - NA UEL			

**VINCULO PROFISSIONAL: RESIDENCIA - Para uso da Instituição (NAO 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 DE MATRÍCULA**

**CURSO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – 2025/1**

**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. percepção de bolsa, cujo valor será determinado pela Comissão Nacional de Residência Médica e autorizado pelo Conselho de Administração da Universidade Estadual de Londrina;
- II. 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"
- III. alimentação no Hospital Universitário e no Restaurante Universitário (campus universitário), quando no exercício de suas atividades, nos termos da Lei;
- IV. repouso anual, de 30 (trinta) dias consecutivos ou 2 períodos de 15 (quinze) dias, conforme escala aprovada pela Comissão de Residência Médica;
- V. representação junto à Comissão de Residência Médica;
- VI. licença casamento, paternidade e luto conforme estabelecido nas normas da UEL.
- VII. 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.
- VIII. 1 (um) dia de descanso semanal.
- IX. Ao médico residente será assegurado o licença paternidade de 5 (cinco) dias de acordo com a legislação em vigor.
- X. O residente que está freqüentando 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;
- XX. Assinatura de folha ponto conforme determinação da coordenação e COREME;

**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, 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);

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 2025.

\_\_\_\_\_  
Médico Residente

\_\_\_\_\_  
COREME