



ATENÇÃO

AQUI ESTÃO OS SEGUINTE FORMULÁRIOS DE MATRÍCULA:

- Ficha de Identificação do Residente
 - Inquérito de Vacinas
 - Ficha do CNES
 - Termo de Compromisso/Contrato de matrícula
 - Requerimento de Auxílio Moradia
-
- Preencher todos esses documentos, com letra legível/letra de forma, de preferência digitado em computador.
 - Escanear (não fotografar) os documentos separadamente, pois cada documento tem um campo específico para ser inserido no sistema de matrícula.
 - Documentos frente e verso e anexos – escanear num único documento
 - No Inquérito de vacinas – escanear todas as suas declarações, carteiras e cartões de vacinas e cartão SUS em um único documento, pois no sistema tem apenas uma entrada/campo específico para este documento
 - O requerimento de Auxílio Moradia – inserir no Campo 3 (todos devem preencher e assinar este documento).

Outras Informações complementares:

- Antes de finalizar observe os campos que você está inserindo seus documentos.
- Insira sua foto antes de concluir a matrícula. Essa foto será usada no crachá, na carteira estudantil e reconhecimento facial. (capriche - não temos como alterar)
- somente finalize sua matricula, após todos os todos os documentos e foto estarem inseridos. Depois que você finalizar não tem como retornar



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

IDENTIFICAÇÃO DO RESIDENTE

RESIDÊNCIA MÉDICA

Área /especialidade: _____

DATA: ____/____/2026

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

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: _____

Atenção: Digitalizar todas as carteiras, declarações, atestados de vacinas em um único documento



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ

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

Preencher com letra legível

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 MAE:			
NOME DO PAI:			

ESTRANGEIRO

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

NATURALIZADO

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

DADOS RESIDENCIAIS

ENDEREÇO:		NUMERO:	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	CEP	ESTADO

DOCUMENTOS

NUMERO DO CPF:		NUMERO DO CARTAO NACIONAL DE SAUDE - CNS	
NUMERO DO RG:	ORGÃO EMISSOR	ESTADO	DATA DA EMISSÃO
NOME E SIGLA DO CONSELHO REGIONAL DE CLASSE:		NUMERO DO REGISTRO	ESTADO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM:			
ÁREA DA RESIDÊNCIA			
NOME DO CURSO DE RESIDÊNCIA:			
NUMERO 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: _____

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 – 2026/2

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: 01/09/2026 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 (reposição).
- X. 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.
- XI. Realizar estágio opcional externo, de no máximo 30 dias/ano, a partir do segundo ano, de acordo com sua coordenação

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. Elaborar/apresentar, conforme orientações do coordenador do curso, Trabalho de Conclusão do Curso.



- 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. Para os residentes com bolsa da UEL, o Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná/Universidade Estadual de Londrina, efetua pagamento a título de auxílio moradia conforme previsto no Decreto Federal Nº 12.881/2025 e correspondente a 10% do valor da Bolsa-Residência, devendo o pagamento ser efetuado segundo mesmos procedimentos de pagamento da Bolsa-Residência. Residentes com bolsa do Pró-Residência, o pagamento do valor do Auxílio Moradia será de responsabilidade do Governo Federal e pago diretamente pelo Governo Federal / Ministério da Saúde.
 15. 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 2026.

Médico Residente : Assinatura _____



RESIDÊNCIA MÉDICA

SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO-MORADIA PARA RESIDENTE COM BOLSA DA UEL

Nome Completo do Residente: _____

CPF: _____ nº Matrícula: _____

Curso e Área de Residência: _____

Declaração:

Eu, residente, matriculado e com vínculo ativo em Programa de Residência da UEL, com bolsa financiada pela Universidade Estadual de Londrina, venho, nos termos do Decreto nº 12.681, de 20 de outubro de 2025, requerer a concessão do pagamento de auxílio-moradia.

I. Declaro, para os devidos fins:

1. Não usufruo de estrutura habitacional disponibilizada pela instituição ofertante do Programa de Residência;
2. Não recebo pecúnia substitutiva, auxílio, indenização ou qualquer outra forma de pagamento relacionada à moradia pela instituição ofertante;
3. Estou ciente que o valor do auxílio-moradia deve ser concedidos em pecúnia, conforme previsto no Decreto Federal Nº 12.881/2025 e correspondente a 10% do valor da Bolsa-Residência, devendo o pagamento ser efetuado segundo mesmos procedimentos de pagamento da Bolsa-Residência.
4. Estou ciente de que, caso passe a ser beneficiado com moradia institucional ou receba qualquer forma de auxílio substitutivo, perderei o direito ao pagamento do auxílio-moradia e me comprometo a solicitar, de imediato, o cancelamento dos pagamentos subsequentes, por meio do e-mail residenciahu@uel.br.
5. Estou ciente de que a prestação de informação falsa ou omissão relevante implicará o cancelamento automático do benefício e a restituição integral dos valores recebidos indevidamente, sem prejuízo de outras sanções administrativas e cíveis cabíveis.

II. Declaro estar ciente e de acordo com os termos acima.

Londrina, de de 2026

Assinatura do Residente: _____