



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

VAGA DISPONÍVEL PARA TRANSFERÊNCIA – R2 DE PATOLOGIA

A Comissão de Residência Médica (COREME) do Centro de Ciências da Saúde / Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná da Universidade Estadual de Londrina (CCS/HURNPR/UEL), no exercício de suas atribuições legais, **TORNA PÚBLICO**:

- I – O Programa de Residência Médica em **Patologia** do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná / Universidade Estadual de Londrina possui **uma vaga disponível para o 2º ano (R2)**, destinada a médicos residentes de outras instituições credenciadas pela CNRM que desejem realizar transferência.
- II – Os residentes interessados devem observar todas as normas da **Resolução CNRM nº 1, de 3 de janeiro de 2018**, e manifestar interesse pela vaga até **30 de março de 2026**, enviando o formulário anexo para o e-mail **residenciahu@uel.br**, com o assunto **“Transferência”**.
- III – Caso o número de candidatos seja superior ao número de vagas, a seleção será realizada por **avaliação curricular**, que será solicitada posteriormente.
- IV – Após a seleção, o candidato deverá cumprir todas as etapas de transferência previstas na **Resolução CNRM nº 1, de 3 de janeiro de 2018** da CNRM.
- V – A efetivação da transferência seguirá as normas vigentes e somente será realizada após análise e aprovação da **CNRM**.

Londrina, 04 de março de 2026.

Prof. Dr. Otavio Goulart Fan
Coordenador da Comissão de Residência Médica



**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO
PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA - R2/2026**

RESIDENTE DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PATOLOGIA

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____
FILIAÇÃO: Pai: _____ Mãe: _____
ESTADO CIVIL: _____ NOME DO CÔNJUGE: _____
NATURAL DE: _____ DATA DO NASCIMENTO: ____/____/____
ENDEREÇO: _____
CIDADE _____ CEP: _____
FONES: Residência: _____ Celular: _____ Recado: _____
C. DE IDENT.: nº _____ CPF : _____ NºCRM/Estado: _____
E-mail: _____

2. CURSO DE GRADUAÇÃO

Nome da Faculdade (graduação): _____
Cidade: _____ Início e Término do curso Médico _____

3. RESIDÊNCIA MÉDICA EM PATOLOGIA

Nome da Faculdade/Hospital: _____
Cidade: _____
Data Início: _____ Número e data do Parecer da CNRM: _____

4. MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Data: ____/____/____

Assinatura: _____