

**RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS-ESP/CE**

**FICHA DE MATRICULA DO PROFISSIONAL-RESIDENTE – TURMA V**

\* Campos obrigatórios

CPF:*	Sexo:*
Nome:*	F ( ) M ( )
Nome do Pai:*	Sobrenome:*
Nome da Mãe:*	
Dada de Nascimento:*	Estado Civil:*
Nacionalidade:*	Cor/Origem Étnica *: ( ) Amarela ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Negra ( ) Parda ( ) Sem informação
UF Naturalidade:*	Naturalidade:*
Grupo Sanguíneo* A+ ( ) A- ( ) AB+ ( ) AB- ( ) B+ ( ) B- ( ) O+ ( ) O- ( )	PIS/PASEP(Somente Números)*
Título de Eleitor:(Somente Números)*	N.º do RG:(Somente Números)*
Órgão Expedidor:*	UF do RG:*
Data de Emissão:*	E-mail:*
Telefone de Contato:*	Telefone Celular*:
( )	( )
Escolaridade até o momento:*	Data do primeiro Emprego:*
Superior Completo ( ) Especialização ( ) Residência ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( )	
CEP:*	

Logradouro:*	Nº:*
Complemento:	Bairro:*
UF:*	Município:*
Ênfase (Especialidade):* Saúde da Família e Comunidade ( ) Saúde Mental Coletiva( ) Saúde Coletiva ( ) Enfermagem Obstétrica ( ) Neonatologia ( ) Pediatria ( ) Infectologia ( ) Cardiopneumologia ( ) Urgência/Emergência ( ) Cancerologia ( ) Neurologia/Neurocirurgia ( )	Profissão:*
Data do início da Bolsa:*	Data prevista para término:*
UF Registro no Conselho:*	Conselho:*
Banco:*	Tipo de Conta:*
<b>BRASIL</b>	<b>SOMENTE CONTA SALÁRIO</b>
Nº do Banco:*	Nº da Conta*
Agência:*	
Dependentes Econômicos (somente número e parentesco)?*	
Tempo de Graduação quando aprovado na RIS-ESP/CE*? (Em anos)	Fez alguma formação preparatória para o processo seletivo?*
	Qual?*
Já atuou profissionalmente em sua profissão, antes da RIS-ESP/CE?*	Estava trabalhando / atuando profissionalmente quando foi aprovado na RIS-ESP/CE?*
É servidor público em algum órgão Federal, Estadual ou Municipal?*	Possui experiência profissional na ênfase a qual concorreu?*

	Qual serviço?*
<p>Em que área atuou profissionalmente, antes da RIS-ESP/CE?*</p> <p>( ) APS/ESF  ( ) Rede Especializada  ( ) Rede Especializada: Saúde Mental  ( ) Rede Hospitalar  ( ) Rede Pré-hospitalar  ( ) Outro _____</p> <p>Em que dimensão você atuou na rede acima?</p> <p>( ) Atenção / Assistência  ( ) Gestão  ( ) Ensino / Formação  ( ) Controle Social</p>	<p>Já atuou em alguma ação ou atividade em parceria com a RIS-ESP/CE?*</p> <p>Qual?*</p>
<p>Por que escolheu fazer a RIS-ESP/CE? (DISSERTE)</p>	<p>Antes da Residência, você morava no Ceará?*</p> <p>Caso tenha respondido NÃO, na pergunta acima, RESPONDA:</p> <p>Por ocasião da Residência, você mudará de Estado?*</p> <p>Qual seu estado de moradia antes da Residência?</p>
<p>O que lhe motivou a realizar a cursar a Residência Multiprofissional? Assinale, enumerando de 1 a 4 a ordem do motivo de sua escolha.*</p> <p>( ) Possibilidade de estudar e trabalhar simultaneamente  ( ) Aumento das possibilidades de absorção no mercado de trabalho  ( ) Desemprego atual  ( ) Bolsa de Residências  ( ) Outro _____</p>	<p>PERGUNTA EXCLUSIVA PARA OS QUE JÁ MORAVAM NO CEARÁ ANTES DA RESIDÊNCIA.</p> <p>Antes da Residência, você morava no município de Aprovação?*</p> <p>( ) Sim ( ) Não</p> <p>Você é natural do município de Aprovação na Residência?*( ) Sim ( ) Não</p> <p>Por ocasião da Residência, você terá que mudar de Município de moradia?*( ) Sim ( ) Não</p> <p>Caso NÃO acima, Por quê não mudará de município?</p> <p>Qual seu município de moradia antes da Residência? *</p>

<p>Você solicitou desligamento atual do vínculo de trabalho pelo interesse em cursar a Residência? *</p>	<p>Por que escolheu o município de Concorrência? *</p> <p>( ) Localização</p> <p>( ) Sou Natural da Cidade</p> <p>( ) Tenho parentes na Cidade</p> <p>( ) tenho vínculo profissional com a cidade</p> <p>( ) Tenho vínculo afetivo com a cidade</p> <p>( ) É a única cidade que tem vaga para a ênfase que concorro</p> <p>( ) Outro _____</p>
<p>Como pretende morar no município de curso da Residência?*</p> <p>( ) Aluguel sozinho</p> <p>( ) Aluguel com colegas</p> <p>( ) Com parentes</p> <p>( ) Com os pais</p> <p>( ) Em hotel / Pousada / Flat</p> <p>( ) Residência (moradia) própria</p> <p>( ) Outro _____</p>	
<p>Possui, no momento:</p> <p>( ) Carro próprio</p> <p>( ) Residência (moradia) própria</p>	

Declaro que como profissional-residente, aprovado nos termos do Edital nº 29/2017, não possuo vínculo empregatício com a Escola de Saúde Pública do Ceará.

Declaro ainda, que autorizo o uso dos dados para fins de pesquisa e respectiva qualificação do Programa de Pós-Graduação na Modalidade Residência Multiprofissional em Saúde / Residência Integrada em Saúde – RIS-ESP/CE.

Declaro que todas as informações, por mim preenchidas, neste formulário são verdadeiras.

Fortaleza, de de 2018.

---

Assinatura do Candidato