

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS-ESP/CE

FICHA DE MATRICULA DO PROFISSIONAL-RESIDENTE – TURMA

* Campos obrigatórios

CPF:*	Sexo:*
	F () M ()
Nome:*	Sobrenome:*
Nome do Pai:*	Nome da Mãe:*
Data 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 Expeditor:*	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 () Saúde Mental () 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:*
BRASIL	SOMENTE CONTA SALÁRIO
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</p> <p>() Rede Especializada</p> <p>() Rede Especializada: Saúde Mental</p> <p>() Rede Hospitalar</p> <p>() Rede Pré-hospitalar</p> <p>() Outro _____</p> <p>Em que dimensão você atuou na rede acima?</p> <p>() Atenção / Assistência</p> <p>() Gestão</p> <p>() Ensino / Formação</p> <p>() 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</p> <p>() Aumento das possibilidades de absorção no mercado de trabalho</p> <p>() Desemprego atual</p> <p>() Bolsa de Residências</p> <p>() 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 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

Assinatura do Candidato