

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS-ESP/CE

FICHA DE MATRICULA DO PROFISSIONAL-RESIDENTE – TURMA IV

* 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- ()	PIS/PASEP(Somente Números)*
O+ () O- ()	
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:*\n BRASIL	Tipo de Conta:*\n 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?*\n Qual?*\n
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?*\n Qual serviço?*\n

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

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

Declaro que como profissional-residente, aprovado nos termos do Edital nº 49/2016, 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 2017.

Assinatura do Candidato