

ANEXO IV DO EDITAL Nº 139/2025

FICHA DE DADOS CADASTRAIS, CANDIDATOS CONVOCADOS (EDITAL 029/2024)

MATRICULA N°: _____

Nº SOLICITAÇÃO: _____

INFORMAÇÕES CADASTRAIS

Orgão/Entidade										UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB										Foto 3x4				
Nome completo (letra de forma)																								
Cor/Raça ☐ Branca ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Negra ☐ Amarela ☐ Não dispõe da informação ☐ Não declarada																								
COR DOS OLHOS:										COR DOS CABELOS:														
Pai																								
Mãe																								
Data Nascimento					Sexo ☐ M ☐ F		Naturalidade					U.F.		Nacionalidade					Data Chegada					
Estado Civil ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Separado										☐ Divorciado					Telefone (Res.) (DDD)					Telefone (Com.) (DDD)				
Técnico Administrativo com deficiência ☐ Sim ☐ Não										Tipo(s) de deficiência ☐ Cegueira ☐ Baixa Visão ☐ Surdez ☐ Deficiência Auditiva ☐ Outra Deficiência Física ☐ Surdo-cegueira ☐ Deficiência Múltipla ☐ Deficiência Mental														
E-Mail										Passaporte / Validade					Celular									
Endereço (Rua, Nº)															Tipo Sanguíneo / RH									
Bairro					Cidade					U.F.		CEP												
CPF					Identidade			Órgão		Data Expedição			U.F.		Carteira de Trabalho Nº / Série:									
Título Eleitor							Seção		Zona		U.F.		PIS/PASEP					Reservista/UF						

Escolaridade:

- | | |
|--|--|
| ☐ 2º Grau Completo | ☐ Superior Completo |
| ☐ Curso Tec. Profissional | ☐ Superior com Especialização |
| ☐ Superior Incompleto | ☐ Superior com Mestrado |
| | ☐ Superior com Doutorado |

Profissão:	Órgão de Classe:	Registro Profissional:
------------	------------------	------------------------

INFORMAÇÕES DA FORMAÇÃO (cursos técnico, graduação, pós-graduação)

<u>1.</u> Curso		Carga Horária:	
Entidade / Instituição / Local / UF		Data Início:	Data término:
<u>2.</u> Curso		Carga Horária:	
Entidade / Instituição / Local / UF		Data Início:	Data Término:
<u>3.</u> Curso		Carga Horária:	
Entidade / Instituição / Local / UF		Data Início:	Data Término:

DEPENDENTES

Categoria para inclusão: ☐ Imposto de Renda ☐ Salário Família					
Nome	Data Nascimento	Sexo	Grau Parentesco	Grau Instrução	Estado Civil
		☐ M ☐ F		☐ Não Alfabetizado ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ Superior ☐ Outros _____	
		☐ M ☐ F		☐ Não Alfabetizado ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ Superior ☐ Outros _____	
		☐ M ☐ F		☐ Não Alfabetizado ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ Superior ☐ Outros _____	

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO

Declaro, em vista das disposições constitucionais no Artigo 37, Inciso XVI, da Constituição Federal relativas a acumulação de cargos, empregos e/ou funções públicas, e sob pena de responsabilidade, que:

- ☐ Não possuo vínculo, de qualquer natureza com órgão ou entidade da administração pública, direta ou indireta de qualquer dos poderes da União, do Estado, de outro Estado, dos Municípios ou do Distrito Federal.
- ☐ Possuo vínculo com o(a)_____ocupando o cargo/emprego de _____sob a matrícula nº_____obrigando a carga horária de _____.
- Esfera Pública: ☐ Federal ☐ Estadual ☐ Municipal

Data	Assinatura

::Para os campos abaixo, preencher somente os dados bancários::	
NOMEAÇÃO	
CONTRATAÇÃO / REDA	
Cargo:	
Função:	
Classe:	C/h:
Classe:	C/h:
Portaria de Nomeação:	
Período:	
Portaria de Prorrogação da Posse:	
Duração:	
Posse:	
Prorrogação:	
Exercício:	

COMPLEMENTOS

Unidade:	Local de Trabalho:	Município:
Disciplina:		
Banco: ☐ BRASIL		Ag:
C/C:		
Edital (Nº e data Pub em Doe):	Resolução (Nº e data Pub em Doe):	Portaria Homologação (Nº e data Pub em Doe):
Edital de Convocação (Nº e data Pub em Doe):	Em substituição a (nº mat):	Obs: