

ANEXO IV DO EDITAL Nº 323/2025
FICHA DE DADOS CADASTRAIS E TERMO DE CIÊNCIA PREVBAHIA

MATRÍCULA Nº: _____ Nº SOLICITAÇÃO: _____

INFORMAÇÕES CADASTRAIS

Orgão/Entidade		UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB				Foto 3x4	
Nome completo (letra de forma)							
Nome Social (letra de forma)							
Cor/Raça <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela							
COR DOS OLHOS:		COR DOS CABELOS:					
Pai							
Mae							
Data Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Naturalidade		U.F.	Nacionalidade	Data Chegada	
Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado		<input type="checkbox"/> Divorciado		Telefone (Res.) (DDD)		Telefone (Com.) (DDD)	
Docente com deficiência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Tipo(s) de deficiência <input type="checkbox"/> Cegueira <input type="checkbox"/> Baixa Visão <input type="checkbox"/> Surdez <input type="checkbox"/> Outra Deficiência Física <input type="checkbox"/> Surdo-cegueira <input type="checkbox"/> Deficiência Múltipla <input type="checkbox"/> Deficiência Mental					
E-Mail			Passaporte / Validade			Celular	
Endereço (Rua, Nº)						Tipo Sanguíneo / RH	
Bairro	Cidade			U.F.	CEP		
CPF	Identidade		Orgão	Data Expedição	U.F.	Carteira de Trabalho Nº / Série:	
Título Eleitor		Seção	Zona	U.F.	PIS/PASEP		Reservista/UF
Escolaridade:				<input type="checkbox"/> Superior Completo <input type="checkbox"/> Superior com Especialização <input type="checkbox"/> Superior com Mestrado <input type="checkbox"/> Superior com Doutorado			
Profissão:			Orgão de Classe:			Registro Profissional:	
INFORMAÇÕES DA FORMAÇÃO (cursos técnico, graduação, pós-graduação)							
1. Curso Entidade / Instituição / Local / UF							Carga Horária:
							Data Início:
							Data Término:
2. Curso Entidade / Instituição / Local / UF							Carga Horária:
							Data Início:
							Data Término:
3. Curso Entidade / Instituição / Local / UF							Carga Horária:
							Data Início:
							Data Término:

DEPENDENTES

Categoria para inclusão:	<input type="checkbox"/> Imposto de Renda	<input type="checkbox"/> Salário Família				
Nome	Data Nascimento	Sexo	Grau Parentesco	Grau Instrução	Estado Civil	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Não Alfabetizado <input type="checkbox"/> 1º Grau <input type="checkbox"/> 2º Grau <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Outros _____		
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Não Alfabetizado <input type="checkbox"/> 1º Grau <input type="checkbox"/> 2º Grau <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Outros _____		
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Não Alfabetizado <input type="checkbox"/> 1º Grau <input type="checkbox"/> 2º Grau <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> 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) _____ sob a matrícula nº _____ ocupando o cargo/emprego de _____ 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/nº:	Classe:	C/nº:
Portaria de Nomeação:	Período:		
Portaria de Prorrogação da Posse:	Duração:		
Posse:	Prorrogação:		
Exercício:			

COMPLEMENTOS

Unidade:	Local de Trabalho:	Município:
----------	--------------------	------------

Disciplina:

Banco: <input type="checkbox"/> 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:	

TERMO DE CIÊNCIA PREVBAHIA

Nome do servidor			
CPF	Identidade	Orgao expedidor	Data da expedição
E-mail		Telefone fixo	Telefone celular
Cargo efetivo	Data da posse	Orgao/Entidade	

Informar a situação até a data da atual posse no cargo efetivo

- () Opção 1 - Já era servidor público de cargo efetivo sem interrupção do tempo de serviço.
() Opção 2 - Não era servidor público ou era, mas teve interrupção do tempo de serviço imediatamente anterior à atual posse.

Caso tenha marcado a “Opção 1”, informar o enquadramento, marcando todas as opções verdadeiras

- () A atual posse é com acumulação ao cargo efetivo anterior.
() A posse no cargo efetivo anterior foi posterior a 29.07.2016.
() O servidor é oriundo de outro Ente federativo que já instituiu o Regime de Previdência Complementar para seus servidores públicos.
() O servidor tem interesse em migrar para o Regime de Previdência Complementar.
() O servidor não se enquadra em nenhuma das opções anteriores.

Em cumprimento ao art. 16 da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001, e ao Decreto nº 17.273, de 06 de dezembro de 2016, o presente instrumento visa a dar ciência, ao servidor empossado, do Plano de Benefícios PREVBAHIA PB CIVIL, CNPB nº 2016.0008-56, administrado pela Fundação de Previdência Complementar dos Servidores Públicos do Estado da Bahia - PREVBAHIA.

Declaro ter ciência

- 1 - Das atuais regras previdenciárias aplicadas aos servidores com vínculo com o Estado da Bahia iniciado a partir de 29.07.2016, em especial as do Regime de Previdência Complementar.
- 2 - Dos canais de atendimento da Fundação de Previdência Complementar dos Servidores Públicos do Estado da Bahia - PREVBAHIA.
- 3 - Que, às aposentadorias e pensões concedidas pelo Regime Próprio de Previdência Social dos Servidores Públicos do Estado da Bahia aos servidores públicos civis indicados no § 2º do art. 1º da Lei nº 13.222, de 12 de janeiro de 2015, com vínculo com o Estado da Bahia iniciado a partir de 29.07.2016 e que estejam enquadrados na previsão do art. 2º da referida Lei, será aplicado o limite máximo estabelecido para os benefícios do Regime Geral de Previdência Social, independentemente de adesão ao Plano de Benefícios PREVBAHIA PB CIVIL.

Local e data	Assinatura do servidor
---------------------	-------------------------------

**Avenida Antônio Carlos Magalhães, Edifício Empresarial Thomé de Souza, nº 3244, 8º andar,
Sala817, CEP: 41.800-700, Caminho das Árvores - Tel: 3035-1605/3034-1605 - email:
faleconosco@prevbahia.ba.gov.br**

ATENÇÃO IMPORTANTE: De acordo com o §3º do art. 1º da Lei 13.222 de 12/01/2015, alterada pela Lei 13.718, de 16 de março de 2017, os servidores admitidos a partir de 17/03/2017, cuja remuneração seja superior ao limite máximo estabelecido para os benefícios do Regime Geral de Previdência Social, serão automaticamente inscritos no Regime de Previdência Complementar do Estado da Bahia. Entretanto, fica assegurado ao participante o direito de requerer, a qualquer tempo, o cancelamento de sua inscrição. Se o cancelamento for requerido no prazo de até 90 (noventa) dias da data da inscrição, fica assegurado o direito à restituição integral das contribuições vertidas, a ser paga em até 60 (sessenta) dias do pedido de cancelamento, corrigidas monetariamente. Para maiores informações, o servidor deverá entrar em contato com a PREVBAHIA através dos telefones (71) 3034-1605 ou 3035-1605 ou através do e-mail faleconosco@prevbahia.ba.gov.br , bem como acessar o site www.prevbahia.com.br