

ANEXO IV DO EDITAL Nº 069/2025

FICHA DE DADOS CADASTRAIS, CANDIDATOS CONVOCADOS – EDITAL 044/2024

MATRICULA Nº: _____

Nº SOLICITAÇÃO: _____

INFORMAÇÕES CADASTRAIS

Órgão/Entidade										Foto 3x4	
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB											
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)		
Docente 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:											
☐ 04. 1º Grau Incompleto				☐ 08. Curso Tec. Profissional				☐ 11. Superior com Especialização			
☐ 05. 1º Grau Completo				☐ 09. Superior Incompleto				☐ 12. Superior com Mestrado			
☐ 06. 2º Grau Incompleto				☐ 10. Superior Completo				☐ 13. Superior com Doutorado			
☐ 07. 2º Grau Completo											
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:
Edital (Nº e data Pub em Doe):	Resolução (Nº e data Pub em Doe):	C/C:
Edital de Convocação (Nº e data Pub em Doe):	Portaria Homologação (Nº e data Pub em Doe):	
	Em substituição a (nº mat):	Obs: