

ANEXO VI DO EDITAL Nº 165/2025

FICHA DE DADOS CADASTRAIS, CANDIDATOS CONVOCADOS – EDITAL

029/2024

MATRICULA Nº: _____

Nº SOLICITAÇÃO: _____

INFORMAÇÕES CADASTRAIS

Orgão/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)			
Técnico Administrativo com deficiência ☐ Sim ☐ Não			Tipo(s) de deficiência ☐ Outra Deficiência Física ☐ Surdo-cegueira ☐ Deficiência Múltipla			☐ Cegueira ☐ Baixa Visão ☐ Surdez			☐ Deficiência Auditiva ☐ 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:
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: