

## ANEXO IV DO EDITAL N° 163/2025

### FICHA DE DADOS CADASTRAIS, CANDIDATOS CONVOCADOS (EDITAL 343/2024)

MATRICULA N°: \_\_\_\_\_

N° SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_\_

#### INFORMAÇÕES CADASTRAIS

Orgão/Entidade <b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB</b>						Foto 3x4
Nome completo (letra de forma)						
Cor/Raça <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Não dispõe da informação <input type="checkbox"/> Não declarada						
COR DOS OLHOS:			COR DOS CABELOS:			
Pai						
Mãe						
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)	
Técnico Administrativo com deficiência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Tipo(s) de deficiência <input type="checkbox"/> Outra Deficiência Física <input type="checkbox"/> Surdo-cegueira <input type="checkbox"/> Deficiência Múltipla <input type="checkbox"/> Deficiência Mental		<input type="checkbox"/> Cegueira <input type="checkbox"/> Baixa Visão <input type="checkbox"/> Surdez <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva		
E-Mail			Passaporte / Validade		Celular	
Endereço (Rua, N°)					Tipo Sanguíneo / RH	
Bairro	Cidade		U.F.	CEP		
CPF	Identidade	Órgão	Data Expedição	U.F.	Carteira de Trabalho N° / Série:	
Título Eleitor	Seção	Zona	U.F.	PIS/PASEP	Reservista/UF	

## Escolaridade:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 2º Grau Completo        | <input type="checkbox"/> Superior Completo           |
| <input type="checkbox"/> Curso Tec. Profissional | <input type="checkbox"/> Superior com Especialização |
| <input type="checkbox"/> Superior Incompleto     | <input type="checkbox"/> Superior com Mestrado       |
|  | <input type="checkbox"/> 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
		<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) \_\_\_\_\_ 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: <input type="checkbox"/> BRASIL		Ag: _____
Edital (Nº e data Pub em Doe):		C/C: _____
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: