

ANEXO III DO EDITAL Nº 193/2025

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

MATRICULA Nº: N° 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 ☐ Outra Deficiência Física ☐ Surdo-cegueira ☐ Deficiência Múltipla ☐ Deficiência Mental			☐ Cegueira ☐ Baixa Visão ☐ Surdez			☐ Deficiência Auditiva		
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 ☐ Curso Tec. Profissional ☐ Superior Incompleto ☐ Superior Completo ☐ Superior com Especialização ☐ 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: