

## ANEXO IV DO EDITAL Nº 260/2024

### FICHA DE DADOS CADASTRAIS, CANDIDATOS CONVOCADOS – EDITAL 079/2022

MATRICULA Nº: \_\_\_\_\_

Nº SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_\_

#### INFORMAÇÕES CADASTRAIS

|  |  |  |                  |  |           |                                  |                     |              |
|--|--|--|------------------|--|-----------|----------------------------------|---------------------|--------------|
| Órgão/Entidade   |  | <b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB</b>   |                  |  |           |                                  |                     | Foto<br>3x4  |
| Nome completo (letra de forma)   |  |  |                  |  |           |                                  |                     |              |
| <b>Cor/Raça</b><br><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 |  |  |                  |  |           |                                  |                     |              |
| <b>COR DOS OLHOS:</b>  |  |  |                  | <b>COR DOS CABELOS:</b>                                  |           |                                  |                     |              |
| Pai  |  |  |                  |  |           |                                  |                     |              |
| Mãe  |  |  |                  |  |           |                                  |                     |              |
| Data Nascimento  |  | Sexo<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F  |                  | Naturalidade   |           | U.F.                             | Nacionalidade       | Data Chegada |
| Estado Civil<br><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<br><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"/> Deficiência Auditiva<br><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   | Órgão            | Data Expedição   | U.F.      | Carteira de Trabalho Nº / Série: |                     |              |
| Título Eleitor   |  | Seção  | Zona             | U.F.   | PIS/PASEP |                                  | Reservista/UF       |              |
| Escolaridade:  |  |  |                  |  |           |                                  |                     |              |
| <input type="checkbox"/> 04. 1º Grau Incompleto  |  | <input type="checkbox"/> 08. Curso Tec. Profissional   |                  | <input type="checkbox"/> 11. Superior com Especialização |           |                                  |                     |              |
| <input type="checkbox"/> 05. 1º Grau Completo  |  | <input type="checkbox"/> 09. Superior Incompleto   |                  | <input type="checkbox"/> 12. Superior com Mestrado       |           |                                  |                     |              |
| <input type="checkbox"/> 06. 2º Grau Incompleto  |  | <input type="checkbox"/> 10. Superior Completo   |                  | <input type="checkbox"/> 13. Superior com Doutorado      |           |                                  |                     |              |
| <input type="checkbox"/> 07. 2º Grau Completo  |  |  |                  |  |           |                                  |                     |              |
| Profissão:   |  |  | Órgão de Classe: |  |           | Registro Profissional:           |                     |              |

#### INFORMAÇÕES DA FORMAÇÃO (cursos técnico, graduação, pós-graduação)

|                                     |  |                |  |  |  |              |               |
|-------------------------------------|--|----------------|--|--|--|--------------|---------------|
| <b>1.</b> Curso                     |  | Carga Horária: |  |  |  |              |               |
| Entidade / Instituição / Local / UF |  |                |  |  |  | Data Início: | Data término: |
| <b>2.</b> Curso                     |  | Carga Horária: |  |  |  |              |               |
| Entidade / Instituição / Local / UF |  |                |  |  |  | Data Início: | Data Término: |
| <b>3.</b> 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<br><input type="checkbox"/> 2º Grau <input type="checkbox"/> Superior<br><input type="checkbox"/> Outros _____ |              |
|      |                 | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                 | <input type="checkbox"/> Não Alfabetizado <input type="checkbox"/> 1º Grau<br><input type="checkbox"/> 2º Grau <input type="checkbox"/> Superior<br><input type="checkbox"/> Outros _____ |              |
|      |                 | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                 | <input type="checkbox"/> Não Alfabetizado <input type="checkbox"/> 1º Grau<br><input type="checkbox"/> 2º Grau <input type="checkbox"/> Superior<br><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: \_\_\_\_\_

|   |                                   | Ag:  | C/C: |
|---|-----------------------------------|--|------|
| <b>Banco:</b> <input type="checkbox"/> BRASIL |                                   |  |      |
| 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:   |      |