

ANEXO VI DO EDITAL N° 103/2025

FICHA DE DADOS CADASTRAIS, CANDIDATOS CONVOCADOS (EDITAL 029/2024)

MATRÍCULA N°: _____ N° SOLICITAÇÃO: _____

INFORMAÇÕES CADASTRAIS

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|--------------|---|--|-----------------------|---|-----------------------|--------------|
| Órgão/Entidade | | | | | | | | | | Foto 3x4 |
| UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 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"/> Curso Tec. Profissional <input type="checkbox"/> Superior Incompleto | | | | | <input type="checkbox"/> Superior Completo <input type="checkbox"/> Superior com Especialização <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) | | | | | | | | | | |
| 1. Curso | | | | | | | | Carga Horária: | | |
| Entidade / Instituição / Local / UF | | | | | | Data Início: | | Data término: | | |
| 2. Curso | | | | | | | | Carga Horária: | | |
| Entidade / Instituição / Local / UF | | | | | | Data Início: | | Data Término: | | |
| 3. 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) _____ sob a matrícula nº _____ ocupando o cargo/emprego de _____ 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/n: | Classe: C/n: |
| Portaria de Nomeação: | Período: |
| Portaria de Prorrogação da Posse: | Duração: |
| Posse: | Prorrogação: |
| Exercício: | |

COMPLEMENTOS

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
| Unidade: | Local de Trabalho: | Município: |
| Disciplina: | | |
| | 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: |

ATENÇÃO

TERMO DE CIÊNCIA PREVBAHIA

| | | | |
|-------------------------|----------------------|------------------------|--------------------------|
| Nome do servidor | | | |
| CPF | Identidade | Órgão expedidor | Data da expedição |
| E-mail | | Telefone fixo | Telefone celular |
| Cargo efetivo | Data da posse | Órgão/Entidade | |

Informar a situação até a data da atual posse no cargo efetivo

- Opção 1 - Já era servidor público de cargo efetivo sem interrupção do tempo de serviço.
 Opção 2 - Não era servidor público ou era, mas teve interrupção do tempo de serviço imediatamente anterior à atual posse.

Caso tenha marcado a “Opção 1”, informar o enquadramento, marcando todas as opções verdadeiras

- A atual posse é com acumulação ao cargo efetivo anterior.
 A posse no cargo efetivo anterior foi posterior a 29.07.2016.
 O servidor é oriundo de outro Ente federativo que já instituiu o Regime de Previdência Complementar para seus servidores públicos.
 O servidor tem interesse em migrar para o Regime de Previdência Complementar.
 O servidor não se enquadra em nenhuma das opções anteriores.

Em cumprimento ao art. 16 da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001, e ao Decreto nº 17.273, de 06 de dezembro de 2016, o presente instrumento visa a dar ciência, ao servidor empossado, do Plano de Benefícios PREVBAHIA PB CIVIL, CNPB nº 2016.0008-56, administrado pela Fundação de Previdência Complementar dos Servidores Públicos do Estado da Bahia - PREVBAHIA

Declaro ter ciência

1. Das atuais regras previdenciárias aplicadas aos servidores com vínculo com o Estado da Bahia iniciado a partir de 29.07.2016, em especial as do Regime de Previdência Complementar.
2. Dos canais de atendimento da Fundação de Previdência Complementar dos Servidores Públicos do Estado da Bahia - PREVBAHIA.
3. Que, às aposentadorias e pensões concedidas pelo Regime Próprio de Previdência Social dos Servidores Públicos do Estado da Bahia aos servidores públicos civis indicados no § 2º do art. 1º da Lei nº 13.222, de 12 de janeiro de 2015, com vínculo com o Estado da Bahia iniciado a partir de 29.07.2016 e que estejam enquadrados na previsão do art. 2º da referida Lei, será aplicado o limite máximo estabelecido para os benefícios do Regime Geral de Previdência Social, independentemente de adesão ao Plano de Benefícios PREVBAHIA PB CIVIL.

| | |
|---------------------|-------------------------------|
| Local e data | Assinatura do servidor |
|---------------------|-------------------------------|

Fundação de Previdência Complementar dos Servidores Públicos do Estado da Bahia - PREVBAHIA Avenida Antônio Carlos Magalhães, Edifício Empresarial Thomé de Souza, nº 3244, 8º andar, Sala 817, CEP: 41.800-700, Caminho das Árvores - Tel: 3035-1605/3034-1605 - email: faleconosco@prevbahia.ba.gov.br

ATENÇÃO IMPORTANTE: De acordo com a Lei 13.222, de 12/01/2015, alterada pela Lei 13.718, de 16 e março de 2017 servidores admitidos a partir de 17/03/2017 serão automaticamente inscritos no Regime de Previdência Complementar do Estado da Bahia. **Entretanto, fica assegurado ao participante o direito de requerer, a qualquer tempo, o cancelamento de sua inscrição. Se o cancelamento for requerido no prazo de até 90 (noventa) dias da data da inscrição, fica assegurado o direito à restituição integral das contribuições vertidas, a ser paga em até 60 (sessenta) dias do pedido de cancelamento, corrigidas monetariamente.** Para maiores informações, o servidor deverá entrar em contato com a PREVBÁHIA através dos telefones (71) 3034-1605 ou 3035-1605 ou através do e-mail faleconosco@prevbahia.ba.gov.br, bem como acessar o site www.prevbahia.com.br.