

ANEXO III DO EDITAL Nº 189/2025

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

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 ☐ Cegueira ☐ Baixa Visão ☐ Surdez ☐ Deficiência Auditiva ☐ Outra Deficiência Física ☐ Surdo-cegueira ☐ Deficiência Múltipla ☐ 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: