

ANEXO III DO EDITAL Nº 110/2026

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

MATRICULA Nº: _____

Nº SOLICITAÇÃO: _____

INFORMAÇÕES CADASTRAIS

| | | | | | | |
|--|---|---|-------------------------|--|----------------------------------|---------------|
| Orgão/Entidade | | UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB | | | | 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, 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"/> 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: _____ 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: |