



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE DADOS NO SIAPE

NOME COMPLETO:		DATA DE NASCIMENTO:	
NOME SOCIAL (Caso possua)* conforme Dec. 8.727/2016):			
NÚMERO DO CPF:		SEXO:	
GRUPO SANGUÍNEO/FATOR RH:			
NOME DO PAI:		NOME DA MÃE:	
CIDADE DE NASCIMENTO:		UF:	
ESCOLARIDADE (Selecione 1 opção): <input type="radio"/> Ensino médio; <input type="radio"/> Superior incompleto; <input type="radio"/> Ensino superior; <input type="radio"/> Mestrado; <input type="radio"/> Doutorado			
ESTADO CIVIL (Selecione 1 opção): <input type="radio"/> Solteiro; <input type="radio"/> Casado; <input type="radio"/> Separado judicialmente; <input type="radio"/> Divorciado; <input type="radio"/> Viúvo.			
UNIÃO ESTÁVEL? (Selecione 1 opção): <input type="radio"/> SIM; <input type="radio"/> NÃO.			
COR/ORIGEM ÉTNICA (Selecione 1 opção): <input type="radio"/> Branca; <input type="radio"/> Amarela; <input type="radio"/> Parda; <input type="radio"/> Indígena; <input type="radio"/> Preta;			
DEFICIÊNCIA (Selecione 1 opção): <input type="radio"/> SEM DEFICIÊNCIA; <input type="radio"/> PARAPRESIA; <input type="radio"/> MONOPLÉGIA; <input type="radio"/> TETRAPLEGIA; <input type="radio"/> TETRAPRESIA; <input type="radio"/> TRIPLEGIA; <input type="radio"/> TRIPRESIA; <input type="radio"/> HEMIPLEGIA; <input type="radio"/> HEMIPRESIA; <input type="radio"/> AMPUTAÇÃO; <input type="radio"/> PARALISIA CEREBRAL; <input type="radio"/> OSTOMIA; <input type="radio"/> NANISMO; <input type="radio"/> DEFORMIDADE CONGÊNITA OU ADQUIRIDA; <input type="radio"/> SURDO; <input type="radio"/> PARCIALMENTE SURDO; <input type="radio"/> SURDEZ BILATERAL; <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA MENTAL; <input type="radio"/> CEGO; <input type="radio"/> BAIXA VISÃO; <input type="radio"/> VISÃO PARCIAL; <input type="radio"/> OCORRÊNCIA VISUAL SIMULTÂNEA; <input type="radio"/> MOBILIDADE REDUZIDA			
NACIONALIDADE (Selecione 1 opção): <input type="radio"/> Brasileiro nato; <input type="radio"/> Estrangeiro Naturalizado brasileiro; <input type="radio"/> Estrangeiro equiparado a brasileiro; <input type="radio"/> Estrangeiro - Outros.			
IDENTIDADE* :		ÓRGÃO EXPEDIDOR:	
		UF:	
		DATA DE EXPEDIÇÃO:	
<small>*Só pode ser: RG (Registro Geral); CIN (Carteira de identidade nacional); RNE (Registro nacional de estrangeiro) ou RNM (Registro Nacional Migratório)</small>			
TÍTULO ELEITORAL:		UF:	
ZONA:		SEÇÃO:	
DATA DE EMISSÃO:			
DOCUMENTO MILITAR:		ÓRGÃO EXPEDIDOR:	
SÉRIE:			
PIS/PASEP (*NÃO pode ser o NIT):			
DATA DO PRIMEIRO EMPREGO:			
ENDEREÇO:			NÚMERO:
COMPLEMENTO:			
BAIRRO:			
MUNICÍPIO:			UF:
PAÍS:		CEP:	
TELEFONE FIXO:		TELEFONE CELULAR:	
E-MAIL PESSOAL:			
Banco: <input type="radio"/> Banco do Brasil; <input type="radio"/> BRADESCO; <input type="radio"/> BANCOOP; <input type="radio"/> BANRISUL; <input type="radio"/> Caixa Econômica Federal; <input type="radio"/> HSBC; <input type="radio"/> ITAU; <input type="radio"/> SANTANDER (Brasil); <input type="radio"/> SICREDI			
Agência:		Localidade:	
Número da Conta SALÁRIO:			
<small>*não pode ser corrente, poupança ou outro tipo, apenas conta salário operação 04.</small>			