



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA

FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE DADOS NO SIAPE

NOME COMPLETO:												
NÚMERO DO CPF:				SEXO:				GRUPO SANGUÍNEO/FATOR RH:				
NOME DO PAI:						NOME DA MÃE:						
CIDADE DE NASCIMENTO:							UF:					
ESCOLARIDADE (selecione 1 opção):	<input type="checkbox"/> Ensino médio; <input type="checkbox"/> Superior incompleto; <input type="checkbox"/> Ensino superior; <input type="checkbox"/> Mestrado; <input type="checkbox"/> Doutorado											
ESTADO CIVIL (selecione 1 opção):	<input type="checkbox"/> Solteiro; <input type="checkbox"/> Casado; <input type="checkbox"/> Separado judicialmente; <input type="checkbox"/> Divorciado; <input type="checkbox"/> Viúvo; <input type="checkbox"/> Não informado											
COR/ORIGEM ÉTNICA (selecione 1 opção):	<input type="checkbox"/> Branca; <input type="checkbox"/> Amarela; <input type="checkbox"/> Parda; <input type="checkbox"/> Indígena; <input type="checkbox"/> Preta; <input type="checkbox"/> Não informado											
DEFICIÊNCIA (selecione 1 opção):	<input type="checkbox"/> SEM DEFICIÊNCIA; <input type="checkbox"/> PARAPRESIA; <input type="checkbox"/> MONOPLEGIA; <input type="checkbox"/> TETRAPLEGIA; <input type="checkbox"/> TETRAPRESIA; <input type="checkbox"/> TRIPLEGIA; <input type="checkbox"/> TRIPRESIA; <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA; <input type="checkbox"/> HEMIPRESIA; <input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO; <input type="checkbox"/> PARALISIA CEREBRAL; <input type="checkbox"/> OSTOMIA; <input type="checkbox"/> NANISMO; <input type="checkbox"/> DEFORMIDADE CONGÊNITA OU ADQUIRIDA; <input type="checkbox"/> SURDO; <input type="checkbox"/> PARCIALMENTE SURDO; <input type="checkbox"/> SURDEZ BILATERAL; <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA MENTAL; <input type="checkbox"/> CEGO; <input type="checkbox"/> BAIXA VISÃO; <input type="checkbox"/> VISÃO PARCIAL; <input type="checkbox"/> OCORRÊNCIA VISUAL SIMULTÂNEA; <input type="checkbox"/> MOBILIDADE REDUZIDA											
NACIONALIDADE (selecione 1 opção):	<input type="checkbox"/> Brasileiro nato; <input type="checkbox"/> Naturalizado brasileiro; <input type="checkbox"/> Equiparado a brasileiro; <input type="checkbox"/> Estrangeiro											
QUANTIDADE DE DEPENDENTES:												
IDENTIDADE:				ÓRGÃO EXPEDIDOR:				UF:			DATA DE EXPEDIÇÃO:	
TÍTULO ELEITORAL:						UF:						
ZONA:				SEÇÃO:				DATA DE EMISSÃO:				
DOCUMENTO MILITAR:				ÓRGÃO EXPEDIDOR:				SÉRIE:				
PIS/PASEP/NIT:												
DATA DO PRIMEIRO EMPREGO:												
ENDEREÇO:									NÚMERO:			
COMPLEMENTO:												
BAIRRO:												
MUNICÍPIO:									UF:			
PAÍS:				CEP:								
TELEFONE FIXO:				TELEFONE CELULAR:								
E-MAIL PESSOAL:												
Banco:	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil; <input type="checkbox"/> BRADESCO; <input type="checkbox"/> BANCOOP; <input type="checkbox"/> BANRISUL; <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal; <input type="checkbox"/> HSBC; <input type="checkbox"/> ITAU; <input type="checkbox"/> SANTANDER (Brasil); <input type="checkbox"/> SICREDI											
Agência:				Localidade:				Número da Conta SALÁRIO:				
*não pode ser corrente, poupança ou outro tipo, apenas conta salário operação 04.												