



Prefeitura Municipal de Olinda
Secretaria de Gestão de Pessoas e Administração
OLINPREV

**EDITAL Nº 001/2026 DE CONVOCAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS PARA REALIZAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL/CENSO**

A **PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA**, através do presente Edital, na forma do Decreto Municipal nº 040/2026, publicado no Diário Oficial dos Municípios do Estado de Pernambuco em 28 de maio de 2026, convoca todos(as) os(as) servidores(as) públicos municipais titulares de cargo de provimento efetivo e/ou estáveis ativos, aposentados e pensionistas, ocupantes de cargos de provimento em comissão e contratados, para realizarem a **Atualização Cadastral Funcional/Censo** junto a este órgão público, que será realizado no período de **21 de maio de 2026 a 19 de junho de 2026**, nos horários compreendidos entre 09 horas às 17 horas, nos locais a serem indicados neste edital. No ato da atualização cadastral/censo o(a) servidor(a) deverá atender aos critérios de documentação previstos nos arts. 4º e 5º do Decreto Municipal nº 040/2026, de 28 de maio de 2026.

ITEM 1. O agendamento para o a atualização cadastral/censo **coincidirá com o agendamento para abertura de nova conta bancária**. O(a) servidor(a) deverá selecionar a data e o horário para abertura da conta, conforme a programação disponível no link de agendamento do banco, **agendafopa.com.br/pmolinda**, divulgado na Portaria nº 146/2026. O acesso ao sistema será pessoal e intransferível, sendo de responsabilidade do(a) servidor(a) o correto preenchimento das informações e a observância dos prazos definidos.

ITEM 2. A atualização cadastral/censo ocorrerá presencialmente, na Rua Carmelita Soares Muniz de Araújo, 225, Casa Caiada - Olinda/PE CEP 53130-645 – Shopping Patteo Olinda – Piso L2.

ITEM 3. No momento de atualização cadastral/censo, o servidor deverá preencher as informações previstas nos arts. 4º e 5º do Decreto Municipal nº 040/2026, de 28 de maio de 2026, em formulários próprios fornecidos pela Secretaria de Gestão de Pessoas e Administração – SGPA e pelo Instituto de Previdência Social dos Servidores Públicos do Município de Olinda – OLINPREV e constantes no Anexo I e no Anexo II deste Edital.

ITEM 4. O(a) servidor(a) que se encontrar sem condição de locomoção, ou que, em razão de doença e/ou moléstia grave, estiver impossibilitado(a) de realizar a atualização cadastral/censo prevista no Decreto nº 040/2026, deverá apresentar à Comissão Municipal de Atualização Cadastral a devida justificativa acompanhada de laudo médico e/ou atestado (para os servidores ativos, os atestados deverão estar devidamente homologados pela junta médica do município), bem como demais documentos comprobatórios, através do e-mail **cadastro26@olinda.pe.gov.br** O envio dessa documentação deverá ocorrer no prazo estipulado para a Atualização Cadastral, **21/05/2026 a 19/06/2026**.

ITEM 5. O(a) servidor(a) afastado(a) que se encontra à disposição de outro órgão interno da administração estadual, municipal ou federal, que trabalha e reside fora de Olinda/PE e das outras cidades da Região Metropolitana do Recife, deverá realizar a sua atualização cadastral, enviando todos os documentos citados no Decreto nº 040/2026, o formulário



Prefeitura Municipal de Olinda

Secretaria de Gestão de Pessoas e Administração
OLINPREV

preenchido de atualização cadastral constante no Anexo I deste edital, bem como **comprovante da autorização legal que permitiu tal situação**, e os que estão fora do órgão de lotação, a indicação do órgão em que estão à disposição e qual função que ali desempenham, para o e-mail **cadastro26@olinda.pe.gov.br** O envio dessa documentação deverá ocorrer no prazo estipulado para a Atualização Cadastral, **21/05/2026 a 19/06/2026**.

ITEM 6. O(A) Servidor(a) Público Municipal **aposentado e pensionista** que residir em outro Estado/País, deverá realizar a sua atualização cadastral, enviando todos os documentos citados no Decreto nº 040/2026, o formulário preenchido e assinado de atualização cadastral constante no Anexo II deste edital, bem como **comprovante da residência que comprove tal situação**, para o e-mail **cadastro26@olinda.pe.gov.br** O envio dessa documentação deverá ocorrer no prazo estipulado para a Atualização Cadastral, **21/05/2026 a 19/06/2026**.

ITEM 7. O(A) Servidor(a) Público Municipal que deixar de realizar a atualização cadastral no prazo estabelecido neste Edital terá suspenso o pagamento de sua remuneração, sem prejuízo de outras medidas administrativas cabíveis.

ITEM 8. O pagamento a que se refere o item anterior será restabelecido em até 72 (setenta e duas) horas quando da regularização da atualização cadastral pelo(a) servidor(a) público municipal.

ITEM 9. O(A) servidor(a) público municipal responderá Civil, Penal e Administrativamente pelas informações incorretas, incompletas, irregulares ou falsas, que prestar no ato da atualização cadastral.

ITEM 10. A Comissão Municipal de Atualização Cadastral, no prazo de 60 (sessenta) dias contados do término da atualização cadastral, através do seu Presidente, apresentará relatório final para as providências administrativas cabíveis.

ITEM 11. Os casos omissos neste Edital serão analisados pela Secretaria de Gestão de Pessoas e Administração.

Olinda, em 29 de maio de 2026.

Luciano Ramos Brasileiro

Secretário de Gestão de Pessoas e Administração

Claudia Tabosa

Presidente OLINPREV



Prefeitura Municipal de Olinda
Secretaria de Gestão de Pessoas e Administração
OLINPREV

ANEXO I – FORMULÁRIO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL/CENSO - SGPA

Nome completo: _____

CPF: _____ Matrícula: _____

Endereço:

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefone/Celular: _____

E-mail:

Grau de instrução:

____ Analfabeto

____ Fundamental I incompleto ____ Fundamental I completo

____ Fundamental II incompleto ____ Fundamental II completo

____ Médio incompleto ____ Médio completo

____ Superior incompleto ____ Superior completo

____ Pós-graduação ____ Mestrado ____ Doutorado

Secretaria: _____ [] Marcar se estiver cedido a outro órgão público

Unidade (Escola, Posto de Saúde, Departamento, Órgão cessionário etc.):

AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

AUTODECLARO, sob as penas da lei, minha raça/etnia sendo:

____ Branca ____ Preta ____ Parda ____ Amarela ____ Indígena



Prefeitura Municipal de Olinda
Secretaria de Gestão de Pessoas e Administração
OLINPREV

Esta autodeclaração atende a exigência do art. 39, § 8º, da Lei nº 12.288/2010, alterado pela Lei nº 14.553/2023 e da Portaria MTE nº 3.784/2023, que obriga a prestação da informação nas inclusões, alterações ou retificações cadastrais dos trabalhadores ocorridas a partir de 1º de janeiro de 2024, respeitando o critério de autodeclaração do trabalhador, em conformidade com a classificação utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

DEPENDENTES

Nome Completo	Parentesco	CPF	Data de nascimento

Olinda/PE, ___/___/_____

Declaro, sob as penas da Lei (art. 296 ao 308 do Código Penal Brasileiro), sem prejuízo das sanções administrativas e cíveis, serem verdadeiras as informações prestadas.

Assinatura

COMPROVANTE DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

Declaro que o(a) servidor(a) _____,
inscrito no CPF sob o número _____, compareceu ao atendimento
de Atualização Cadastral da Prefeitura Municipal de Olinda.

Olinda/PE, ___/___/_____

Carimbo e Assinatura



Prefeitura Municipal de Olinda
Secretaria de Gestão de Pessoas e Administração
OLINPREV

**ANEXO II – FORMULÁRIO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL/CENSO -
OLINPREV**

**FORMULÁRIO RECADASTRAMENTO E RECENSEAMENTO
PREVIDENCIÁRIO**

Nome _____

Nome da Mãe _____ **Nome do Pai** _____

Data de Nascimento _____ **Nacionalidade** _____ **Naturalidade** _____ **Sexo** _____

Estado Civil _____ **Escolaridade Atual** _____ **Pessoa com Deficiência (PcD)?**

SIM **NÃO**

CPF _____ **RG** _____ **Orgão Expedidor** _____ **Data de Emissão RG** _____

REPRESENTANTE LEGAL

Nome _____ **CPF** _____

Natureza (Tutor, Curador ou Representante Legal) _____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE (Tutor, Curador ou Responsabilidade Legal): Eu, como representante legal/curador/tutor do recadastrando, declaro que o mesmo está vivo e comprometo-me a comunicar qualquer evento que altere a condição de representação e o estado de saúde do recadastrando.

DADOS DE CONTATO

Endereço _____ **Nº** _____ **Cidade** _____ **UF** _____

Bairro _____ **CEP** _____ **Complemento (Apartamento, bloco, etc)** _____

Telefone _____ **Email (obrigatório)** _____

VINCULOS FUNCIONAIS

Vínculo Funcional 1º (Cargo Atual) _____

Matricula _____ **Situação** _____ **Data da Início do Vínculo** _____

Aposentado **Pensionista**



Prefeitura Municipal de Olinda
Secretaria de Gestão de Pessoas e Administração
OLINPREV

Cargo _____

Vinculo Funcional 2° (Preencher no caso de Cargos Públicos Acumulaveis) _____

Matrícula _____ **Cargo** _____ **Data da Inicio do Vinculo** _____

Regime _____ **Orgão** _____

OLINPREV OUTRO RPPS INSS _____

ACUMULO BENEFÍCIOS _____

Não recebo aposentadoria ou pensão de quaisquer Regimes de Previdência.

Recebo Benefício Previdenciário (Caso receba Aposentadoria/Pensão).

Tipo de Beneficio _____ **Data de Inicio do Beneficio** _____ **Orgão** _____

AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL _____

AUTODECLARO, sob as penas da lei, minha raça/etnia sendo:

Branca Preta Parda Amarela Indígena _____

Esta autodeclaração atende a exigência do art. 39, § 8º, da Lei nº 12.288/2010, alterado pela Lei nº 14.553/2023 e da Portaria MTE nº 3.784/2023, que obriga a prestação da informação nas inclusões, alterações ou retificações cadastrais dos trabalhadores ocorridas a partir de 1o de janeiro de 2024, respeitando o critério de autodeclaração do trabalhador, em conformidade com a classificação utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

DEPENDENTES PREVIDENCIARIOS

Dependente 1º

Nome _____

Data de Nascimento _____ **Sexo** M F

Nome da Mãe _____

Nome do Pai _____ **CPF** _____ **RG** _____

Tipo de Dependência _____ **Data de Inicio da Dependência** _____



Prefeitura Municipal de Olinda
Secretaria de Gestão de Pessoas e Administração
OLINPREV

Motivo de Início

Cônjuge Companheiro Nascimento Invalidez Filho Outro
 Casamento Outro

Dependente 2º

Nome _____

Data de Nascimento _____ **Sexo** M F

Nome da Mãe _____

Nome do Pai _____ **CPF** _____ **RG** _____

Tipo de Dependência _____ **Data de Início da Dependência** _____

Motivo de Início

Cônjuge Companheiro Nascimento Invalidez Filho Outro
 Casamento Outro

Dependente 3º

Nome _____

Data de Nascimento _____ **Sexo** M F

Nome da Mãe _____

Nome do Pai _____ **CPF** _____ **RG** _____

Tipo de Dependência _____ **Data de Início da Dependência** _____

Motivo de Início

Cônjuge Companheiro Nascimento Invalidez Filho Outro
 Casamento Outro

Dependente 4º

Nome _____
