



# Diário Oficial do **MUNICÍPIO**

Prefeitura Municipal de Barra do Rocha

Quinta-feira • 26 de Fevereiro de 2026 • Ano XXII • Nº 4462

Esta edição encontra-se no site oficial deste ente.

## Sumário

Decretos ..... 02 a 07



Acesse o QR Code e tenha acesso a esse diário na íntegra

## Decretos



PODER PÚBLICO MUNICIPAL • ESTADO DA BAHIA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DO ROCHA**  
CNPJ: 14.234.850/0001-69  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**



### **DECRETO Nº 1.575, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2026.**

#### **DISPÕE SOBRE O RECADASTRAMENTO DOS SERVIDORES PÚBLICOS CIVIS EFETIVOS E/OU ESTÁVEIS ATIVOS, TEMPORÁRIOS, COMISSIONADOS, NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL. E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.**

O Excelentíssimo Sr. Prefeito Municipal, usando de suas atribuições que lhes são conferidas pela Lei Orgânica Municipal.

CONSIDERANDO a necessidade de atualização dos dados cadastrais dos Servidores Públicos Municipais titulares de cargo público de provimento efetivo e/ou estáveis ativos, temporários, comissionados e que para esse fim se faz necessário à identificação do servidor, perfil funcional, de sua lotação, de seu enquadramento funcional, bem como outras informações consideradas fundamentais para a Prefeitura;

CONSIDERANDO a implantação de medidas administrativas objetivando dar maior controle e celeridade à Secretaria Municipal de Administração, com a finalidade de buscar a melhoria da qualidade das informações como instrumento de gestão de recursos humanos,

**DECRETA:**

Art. 1º. Os servidores públicos em atividade da Administração Direta do Poder Executivo deverão se cadastrar, nas condições definidas neste Decreto, com a finalidade de promover a atualização de seus dados.

Art. 2º. O período de cadastramento dar-se-á impreritavelmente de 09 de março até 10 de abril de 2026, podendo ser prorrogado por igual período.

Parágrafo único – Os servidores deverão comparecer a Biblioteca Municipal, situada na rua Vital Campos, s/nº, localizada em frente à Escola Municipal Profª. Edna Venâncio nas datas e horários abaixo relacionados:

**Do dia 9 ao dia 13/03/26 da letra A a E**

**Do dia 16 ao dia 20/03/26 da letra F a L**

**Do dia 23 ao dia 27/03/26 da letra M até Z.**

**Horário de funcionamento das 8:00 as 14:00 horas.**

Rua Maria Oliveira Bittencourt, s/n – Centro - Barra do Rocha – Bahia – Cep. 45.560-000  
Fone/Fax: (73) 3202-2118



PODER PÚBLICO MUNICIPAL • ESTADO DA BAHIA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DO ROCHA**

CNPJ: 14.234.850/0001-69

**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**



Art. 3º. O recadastramento dar-se-á mediante o comparecimento do servidor junto a Secretaria Municipal de Administração, no local por esta indicado, munido da cópia dos seguintes documentos:

I - Documento de identidade, com fotografia;

II - Cadastro nacional de pessoa física - CPF;

III - comprovante de residência atualizado;

IV - Comprovante de conclusão de habilitação exigida para o cargo, devidamente reconhecida pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais de ensino, conforme o caso;

V - Certidão de casamento, quando for o caso;

VI - Documento de identidade reconhecido legalmente em território nacional, com fotografia, ou certidão de nascimento dos dependentes legais, se houver, e documento que comprove legalmente a condição de dependência;

VII – declaração de compatibilidade de vínculo empregatício e carga horária;

VIII - responder aos questionamentos do recadastrador.

Art. 4º. O recadastramento de que cuida este Decreto será coordenado pela Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos na biblioteca Municipal, situada à Avenida Vital Campos, Centro, Barra do Rocha.

Art. 5º. O servidor público que, sem justificativa, deixar de se recadastrar no prazo que vier a ser estabelecido terá suspenso o pagamento dos seus vencimentos, sem prejuízo de outras medidas cabíveis.

Parágrafo único. O pagamento a que se refere o "caput" deste artigo será restabelecido quando da regularização do recadastramento na forma determinada por este Decreto.

Art. 6º. Responderá nos termos da legislação pertinente, o servidor público que ao se recadastrar prestar informações incorretas ou incompletas.

Art. 7º. A Secretaria Municipal de Administração, no prazo de 30 (trinta) dias contados do término do recadastramento, apresentará o relatório final ao Prefeito.

Parágrafo único. As conclusões alcançadas pela Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos, após o processamento dos dados colhidos ao longo do recadastramento, servirão de base para a tomada das providências cabíveis, inclusive para fins de preservação e restituição ao Erário, bem como para apuração de responsabilidades, observados os procedimentos legais.

---

Rua Maria Oliveira Bittencourt, s/n – Centro - Barra do Rocha – Bahia – Cep. 45.560-000  
Fone/Fax: (73) 3202-2118



PODER PÚBLICO MUNICIPAL • ESTADO DA BAHIA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DO ROCHA**

CNPJ: 14.234.850/0001-69

**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**



Art. 8º. A Secretaria Municipal de Administração editará as instruções complementares a este Decreto para assegurar a efetividade do cadastramento.

Art. 9º. Revogados os atos em contrário, este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

**Gabinete do Prefeito Municipal De Barra Do Rocha, Bahia , Em 25 de Fevereiro De 2026.**

**JOSÉ LUIZ FRANCO RAMOS COSTA**  
Prefeito

---

Rua Maria Oliveira Bittencourt, s/n – Centro - Barra do Rocha – Bahia – Cep. 45.560-000  
Fone/Fax: (73) 3202-2118





**MUNICÍPIO DE BARRA DO ROCHA**

**ANEXO I**

**FICHA DE RECADASTRAMENTO 2026**

**1- DOCUMENTOS PESSOAIS:**

|                                                   |                       |                                  |                |
|---------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|----------------|
| Nome completo:                                    |                       | Apelido:                         |                |
| Nacionalidade:                                    |                       | Naturalidade/UF:                 |                |
| Data de Nascimento:                               |                       | Gênero: M ( ) F ( ) Outro: _____ |                |
| Estado Civil:                                     | Grupo Sanguíneo:      | Religiao:                        | Raça/Cor:      |
| Pai:                                              |                       |                                  |                |
| Mãe:                                              |                       |                                  |                |
| RG:                                               | UF:                   | Emissão:                         | Orgão Emissor: |
| CPF:                                              |                       | PIS/PASEP:                       |                |
| Nº do Título de Eleitor:                          |                       | Zona:                            | Seção:         |
| Nº Certificado de Reservista:                     |                       | Deficiência:                     |                |
| Endereço:                                         |                       |                                  | Nº:            |
| Complemento:                                      | Ponto de referência : |                                  | CEP:           |
| Bairro:                                           | Município:            |                                  | UF:            |
| DDD/cel.:                                         |                       |                                  | Whatsapp.:     |
| E-mail:                                           |                       |                                  |                |
| Deficiência: ( ) Sim ( ) Não Qual Dependência : _ |                       |                                  |                |

**2- DOCUMENTOS DE DEPENDENTES:**

| DEPENDENTE/ |     |               |      |                |
|-------------|-----|---------------|------|----------------|
| NOME        | CPF | DATA DE NASC. | SEXO | PARENTES<br>CO |
|             |     | / /           |      |                |
|             |     | / /           |      |                |
|             |     | / /           |      |                |
|             |     | / /           |      |                |
|             |     | / /           |      |                |



**MUNICÍPIO DE BARRA DO ROCHA**

3- DOCUMENTOS FUNCIONAIS:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                           |                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Unidade Regional de Ensino:                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                | Município:                                |                                           |
| Efetivo: Sim ( ) Não ( )                                                                                                                                                                                                                                                                    | Matricula:                                     | Matricula:                                | Carga horária total: ____ hs              |
| Comissão: Sim ( ) Não ( )                                                                                                                                                                                                                                                                   | Matricula:                                     |                                           | Carga horária total: ____ hs              |
| Contrato: Sim ( ) Não ( )                                                                                                                                                                                                                                                                   | Matricula:                                     | Matricula:                                | Carga horária total: ____ hs              |
| Local efetivo da execução das atividades:                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                           |                                           |
| Graduação: Sim ( ) Não ( )<br>Qual? _____                                                                                                                                                                                                                                                   | Especialização: Sim ( ) Não ( )<br>Qual? _____ | Mestrados: Sim ( ) Não ( )<br>Qual? _____ | Doutorado: Sim ( ) Não ( )<br>Qual? _____ |
| IES: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                  | IES: _____                                     | IES: _____                                | IES: _____                                |
| Caso tenha solicitado aposentadoria por mais de 60 dias, a assinatura do chefe imediato será dispensada, abaixo informe o numero do processo e data.<br><br>PROCESSO Nº _____ / _____ Data: ____ / ____ / ____                                                                              |                                                |                                           |                                           |
| Declaramos para os devidos fins que o (a) servidor (a) acima identificado, encontra-se em pleno exercício de suas atividades funcionais, apresentando frequência assídua e pontual.<br><br>_____<br>Assinatura e carimbo do chefe imediato<br><br>_____, ____ / ____ / ____<br>Cidade, data |                                                |                                           |                                           |

Por fim, fico ciente através deste documento que a falsidade dessa declaração configura crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei. Além da ciência de responsabilidade sob todos os efeitos e danos causados pelas minhas declarações. Por ser verdade, dou fé.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Servidor (a)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Cidade, data



MUNICÍPIO DE BARRA DO ROCHA

ANEXO II

**DECLARAÇÃO DE VÍNCULOS E COMPATIBILIDADE DE CARGA HORÁRIA**

1) ☐ **POSSUO OS SEGUINTES VÍNCULOS COM O SERVIÇO PÚBLICO:**

☐ **Federal** - Nome da instituição: .....  
- Carga horária semanal: .....  
- (E apresento comprovante de inscrição no INSS como autônomo).

☐ **Estadual** - Nome da instituição: .....  
- Carga horária semanal: .....  
- (E apresento comprovante de inscrição no INSS como autônomo).

☐ **Municipal** - Nome da instituição: .....  
- Carga horária semanal: .....  
- (E apresento comprovante de inscrição no INSS como autônomo).

2) ☐ **NÃO POSSUO VÍNCULO COM O SERVIÇO PÚBLICO:**

☐ **Sou funcionário de empresa(s) privada(s).**  
- Carga horária semanal: .....  
- (E apresento comprovante de recolhimento de INSS).

☐ **Sou profissional autônomo.**  
- (E apresento comprovante de inscrição e pagamento de INSS como autônomo).

3) ☐ **SOU APOSENTADO:**

(E apresento documento comprobatório da aposentadoria);  
(E apresento comprovante inscrição no INSS).

Barra do Rocha, \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Nome legível: