

<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR:</b>		
Nome: _____		
Regime:                    ( ) <i>Municipal</i> ( ) <i>Estadual</i> ( ) <i>Federal</i>		
Registro: _____	Cargo / Função _____	Tel. Para Contato: _____
Unidade: _____		
Organização Social: _____		
STS: _____                    CRS: _____		
<b>2. OPÇÃO:</b>		
Declaro que, estou ciente do disposto nos artigos 16 e 16-A da Lei nº 14.132 de 24 de janeiro de 2006, regulamentada pelo Decreto nº 52.858 de 20 de dezembro de 2011, e dos termos do artigo 57 do mencionado decreto e:		
( ) Opto pela permanência na Unidade identificada no Campo 1.		
( ) Opto pela NÃO permanência na Unidade identificada no Campo 1, estando ciente da minha transferência para outra unidade da Secretaria Municipal da Saúde, bem como que deverei aguardar em exercício na atual unidade até a formalização do ato de transferência, tendo interesse em concorrer as vagas das unidades da Coordenadoria Regional de Saúde .....		
Data _____	Assinatura do Servidor _____	

**TERMO DE OPÇÃO – ORGANIZAÇÃO SOCIAL**