

ANEXO I - TERMO DE OPÇÃO DE REGIME

<b>IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)</b>	
Nome Completo:	
CPF:	RG:
Sexo:	Data de Nascimento:
Matrícula:	
Nome Do Pai:	
Nome Da Mãe:	
E-Mail:	
Endereço (rua e número):	
Bairro:	
Cidade:	CEP:
Telefone celular: ( )	Telefone residencial: ( )

<b>COMPLEMENTO DADOS RESIDENCIAIS</b>	
Endereço:	
Bairro:	Nº
Cidade:	CEP:
Telefone Residencial:	Telefone Celular:

<b>3. ESCOLARIDADE:</b>
Nível de Escolaridade:
Área de Estudo:
Data do término: ____ / ____ / ____

<b>TERMO DE OPÇÃO DE REGIME</b>
<b>EMPREGO PÚBLICO OCUPADO:</b> <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde CLT (ACS-CLT) <input type="checkbox"/> Agente de Combate a Endemias CLT (ACE-CLT)
4.1 Manifeste sua concordância ou não com a transposição do vínculo empregatício para o regime estatutário da Lei 2.120/2006, conforme previsto na Lei Municipal nº 4.302/2025.  <input type="checkbox"/> <b>SIM</b> , estou de acordo com a mudança do meu vínculo empregatício para o regime estatutário. <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> estou de acordo com a mudança do meu vínculo empregatício para o regime estatutário.
4.2 Ao selecionar SIM, tenho ciência de que, após a minha concordância com a transposição, não poderei retornar ao regime celetista.  <input type="checkbox"/> <b>Sim</b> , tenho ciência de que a transposição tem caráter definitivo, não podendo, em nenhuma hipótese, ser solicitado o retorno ao regime celetista anteriormente ocupado.

Declaro, para os devidos fins, que estou **ciente** e de acordo com os termos da Lei Municipal nº 4.302/2025, Lei Municipal Lei nº 4.322/2025 e do Decreto Municipal nº 1328/2025, que regulamentam a **transposição dos cargos de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate a Endemias do regime celetista para o regime estatutário**.

Declaro ainda que **minha decisão possui caráter irrevogável e irretratável**, nos termos previstos na legislação supracitada, passando a estar submetido(a), se optante, a partir da efetivação da transposição, ao regime jurídico previsto na Lei Municipal nº 2.120/2006.

Se optante, tenho plena **ciência** de que a efetivação da **transposição ocorrerá no primeiro dia do mês subsequente à data do protocolo do termo de opção apresentado pelo servidor**, conforme determina o artigo 4º, §3º, da Lei 4.302 de 09 de julho de 2025.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que produza os efeitos legais necessários.

TRÊS LAGOAS/MS, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do ACS / ACE

#### FORMALIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS

[  ] **Defiro** o pedido de transposição do(a) servidor(a), para o regime estatutário, conforme previsto na legislação supracitada.

[  ] **Indefiro** o pedido de transposição do(a) servidor(a), tendo em vista o não atendimento aos critérios legais exigidos para a efetivação da transposição, conforme previsto na legislação supracitada.

Assinatura do departamento de Gestão de Pessoas

Data da publicação do Ato de Transposição do servidor: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### PROTOCOLO DE RECIBO DE ENTREGA DO TERMO DE OPÇÃO:

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Servidor Público Municipal, Matrícula nº \_\_\_\_\_, recebi o Termo de  
Opção de Regime do servidor

(a) \_\_\_\_\_, cujo  
conteúdo é de única e inteira responsabilidade da Entidade que represento.

Três Lagoas/MS, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

(assinatura do servidor).