



**ESTADO DO PIAUÍ**  
**CÂMARA MUNICIPAL DE TERESINA**

**TERMO DE OPÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, servidor (a) da Câmara Municipal de Teresina, matrícula funcional nº \_\_\_\_\_, ocupante do cargo de \_\_\_\_\_, lotado no departamento \_\_\_\_\_, venho me manifestar pela:

(  ) OPÇÃO (  ) NÃO OPÇÃO

Referente à inclusão no plano de Assistência à Saúde - IPMT dos servidores do Município de Teresina.

Teresina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Requerente