

TERMO DE OPÇÃO DE VÍNCULO

Ao (À) Empregado (a)

A **FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETÚLIO VARGAS**, com fundamento no art. 37, XVI da Constituição Federal e art. 40 do Regulamento de Pessoal, **INTIMA** Vossa Senhoria para, no prazo improrrogável de 10 dias, contados do recebimento desta, optar por um dos cargos acumulados conforme abaixo, ou comprovar a licitude da cumulação, em face dos fatos constantes no Processo Administrativo nº.

Instituição.....

Instituição.....

Ressalto que, caso Vossa Senhoria não apresente a opção no prazo supramencionado, será instaurado processo administrativo disciplinar sumário visando à apuração de suposta acumulação ilegal de cargos, no qual poderá ser aplicada a pena de demissão, destituição ou cassação de aposentadoria em relação aos cargos, empregos ou funções públicas, sem prejuízo da comunicação aos órgãos ou entidades citados.

.....(cidade), ____ de _____ de _____.

(Nome e cargo da autoridade)

Recebi:

___/___/____.

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192