UNIVERSIDADE FEDERAL DO **TOCANTINS**
PRÓ-REITORIA DE **GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS**
DIRETORIA DE **GESTÃO DE PESSOAS**

Avenida NS 15, Quadra 109 Norte | Plano Diretor Norte
Sala 104, Bloco IV, Câmpus de Palmas | 77001-090 | Palmas/TO
(63) 3232-8040 | www.uft.edu.br/servidor | cop.ddh@uft.edu.br

REVISÃO DE APOSENTADORIA POR CONVERSÃO DE TEMPO ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
Nome:	
Matrícula SIAPE:	**CPF:**
Cargo:	
Função:	**E-mail:**
Unidade de Lotação:	**Telefone:**
Endereço:	
Cidade:	**CEP:**

Aposentado no cargo de _____, tendo trabalhado em condições especiais nesta Universidade de _____ / _____ / _____ a ____ / ____ / _____ (respeitada a data máxima de 11/12/1990), requer a revisão de sua aposentadoria, para o fim de computar este período na forma convertida.

_____, _____ de _____ de 20___
(Local e data)

_____
Assinatura do Requerente