

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DE REVERSÃO

Servidor:	<input type="text"/>	SIAPE:	<input type="text"/>		
Cargo:	<input type="text"/>	Lotação:	<input type="text"/>		
RG:	<input type="text"/>	Órgão Expedidor:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>
Endereço:	<input type="text"/>			Nº:	<input type="text"/>
Complemento:	<input type="text"/>	Bairro:	<input type="text"/>		
Cidade:	<input type="text"/>	CEP:	<input type="text"/>	UF:	<input type="text"/>
Telefones:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>		

A reversão é a volta do servidor público aposentado voluntariamente ou por invalidez, quando junta médica declarar insubsistentes as razões para sua aposentadoria.

Motivo da Reversão:

Nestes termos, pede o deferimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do Servidor