



# 9. REQUERIMENTO

Reversão de Benefício



Ao(à) Presidente do Instituto de Gestão Previdenciária do Estado do Tocantins – IGEPREV-TOCANTINS,

## DADOS DO(A) SEGURADO(A)

1. Segurado(a): \_\_\_\_\_
2. CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_
3. Endereço: \_\_\_\_\_
4. Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_
5. E-mail: \_\_\_\_\_
6. Benefício nº: \_\_\_\_\_ 7. Cargo: \_\_\_\_\_
8. Órgão de origem: \_\_\_\_\_

## 09. SE TIVER REPRESENTANTE LEGAL, INFORMAR:

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Na qualidade de segurado(a) do Regime Próprio de Previdência do Estado do Tocantins – RPPS-TO, **REQUER:**

10. Reversão

- ( ) A pedido  
( ) de Aposentadoria Por Invalidez

## 11. DE QUE FORMA DESEJA SER COMUNICADO DA DECISÃO?

- ( ) Correio eletrônico \_\_\_\_\_  
( ) Whatsapp \_\_\_\_\_ Telefone ( ) \_\_\_\_\_.

\*Observação: Obrigatório anexar documentos comprobatórios que justifiquem a análise do processo.

Nestes termos, pede deferimento.

Cidade/data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente