



2. REQUERIMENTO

Aposentadoria por Invalidez; Reforma por Invalidez; Aposentadoria Compulsória



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

01. DADOS DO(A) SEGURADO(A):

Nome: _____
CPF: _____ RG: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone: () _____
E-mail: _____
Matrícula: _____ Cargo: _____
Órgão: _____
Lotação: _____
PIS/PASEP: _____

02. SE TIVER PROCURADOR OU CURADOR, INFORMAR:

() Procurador () Curador
Nome: _____
CPF: _____ RG: _____ Telefone: () _____
Endereço: _____

03. TIPOS DE BENEFÍCIO:

- () Aposentadoria por Invalidez
() Aposentadoria Compulsória
() Reforma por Invalidez

04. IMPORTANTE:

Autorizo a contagem dos períodos constante na Certidão de Tempo de Contribuição entregue:
() Integral () Parcial, com aproveitamento para RPPS/TO
Autorizo a contagem em dobro do tempo fictícios constante no Histórico Funcional:
() Pioneiros do Tocantins () Licença-Prêmio não gozada
() Autorizo a contagem do tempo de contribuição referente ao(s) vínculo(s) _____
na concessão do benefício.

05. DE QUE FORMA DESEJO SER COMUNICADO DA DECISÃO?

() Correio eletrônico: _____
() Whatsapp: () _____ Telefone: () _____.

06. () Informo que, até a presente data, é descontado de minha remuneração parcela correspondente à Pensão Alimentícia, assim, autorizo o IGEPREV/TO a proceder o desconto nos meus proventos, quando da inclusão do meu benefício em folha de pagamento, conforme documentação exigida no *checklist*.

Nestes termos, pede deferimento.

Cidade e data: _____, _____/_____/_____.

Assinatura do requerente ou do servidor do setor de Recursos Humanos do órgão de origem