



### 3. REQUERIMENTO

Aposentadoria Especial para servidores que exerçam atividades sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou integridade física (Instrução Normativa nº. 01/2017 - IGEPREV-TO)



**Ao Presidente do Instituto de Gestão Previdenciária do Estado do Tocantins – IGEPREV-TOCANTINS,**

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

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

**02. SE TIVER PROCURADOR, INFORMAR:**

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_

**03. NA QUALIDADE DE SEGURADO(A) DO REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – RPPS-TO, REQUER A CONCESSÃO DO BENEFÍCIO:**

( ) Aposentadoria Especial para servidores que exerçam atividades sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou integridade física (Instrução Normativa nº. 01/2017 - IGEPREV-TO)

**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) a seguir na concessão do benefício: \_\_\_\_\_

**05. MELHOR FORMA DE COMUNICAÇÃO:**

( ) 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*.

Estou ciente que os consignados adquiridos por mim e que são descontados em folha de pagamento de ativos, serão incluídos automaticamente pela instituição financeira em folha de pagamento de benefícios previdenciários, quando eu passar para inatividade.

Nestes termos, pede deferimento.

Cidade e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Assinatura do requerente

**Observação:**

O requerimento deve ser assinado pelo requerente conforme assinatura constante no documento de identificação.