



## 5. REQUERIMENTO

“Pensão por Morte”



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

1. Requerente: \_\_\_\_\_  
2. CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
3. Endereço: \_\_\_\_\_  
4. Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
5. Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
6. E-mail: \_\_\_\_\_  
7. Sob as penas da Lei, declaro meu estado civil atual: \_\_\_\_\_ (Solteiro; União Estável; Casado; Separado; Divorciado; Viúvo)

### REPRESENTANTE LEGAL:

8. Nome do representante legal: \_\_\_\_\_  
9. Condição: ( ) Tutor ( ) Curador ( ) Representante (Pais)  
10. CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
11. Endereço: \_\_\_\_\_  
12. Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

### PROCURADOR:

13. Nome do procurador: \_\_\_\_\_  
14. CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
15. Endereço: \_\_\_\_\_  
16. Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Na qualidade de Dependente ou de Representante Legal do Dependente de ex-segurado do Regime Próprio de Previdência do Estado do Tocantins – RPPS-TO, **REQUER:**

- |                          |                          |                            |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 17. ( ) Pensão por Morte | ( ) Segurado Ativo Civil | ( ) Segurado Inativo Civil |
|                          | ( ) Ativo Militar        | ( ) Inativo Militar        |

### 18. DEPENDENTES (CAMPO OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS DEPENDENTES)

| Nome | CPF | Data de Nascimento | Parentesco | Estado Civil | Invalído S/N |
|------|-----|--------------------|------------|--------------|--------------|
|      |     |                    |            |              |              |
|      |     |                    |            |              |              |
|      |     |                    |            |              |              |
|      |     |                    |            |              |              |
|      |     |                    |            |              |              |
|      |     |                    |            |              |              |

### 19. DADOS DO(A) EX-SEGURADO(A)

1. Ex-Segurado(a): \_\_\_\_\_  
2. CPF: \_\_\_\_\_ 3. RG: \_\_\_\_\_  
4. Matrícula: \_\_\_\_\_ 5. Cargo: \_\_\_\_\_  
6. Órgão de origem: \_\_\_\_\_  
7. Data do Óbito: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 20. MELHOR FORMA DE COMUNICAÇÃO

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

Nestes termos, pede deferimento.

Cidade/Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

### Observação:

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