7. R E Q U E R I M E N T O

"Revisão de Abono de Permanência"

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. Matrícula/Benefício nº:_____ 7. Cargo: _____

8. Órgão: _____

9. Lotação:_____

11. Para Revisão de Abono de Permanência, se houver **Procurador**, 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. ( ) Revisão de Abono de Permanência	( ) Segurado Ativo Civil ( ) Segurado Inativo Civil

11. Motivo da Revisão: _____

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

Nestes termos, pede deferimento.

Cidade/data: _____, _____/_____/_____

_____

Assinatura do requerente