



1. REQUERIMENTO

Aposentadoria



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

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

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

02. REPRESENTANTE LEGAL:

() Procurador () Curador

Nome: _____
CPF: _____ RG: _____ Telefone: () _____
Endereço: _____
E-mail: _____

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

- | | |
|---|--|
| () Aposentadoria Voluntária por Idade e Tempo de Contribuição | () Aposentadoria por Incapacidade Permanente |
| () Aposentadoria Compulsória | () Aposentadoria Voluntária Servidor Público com |
| () Aposentadoria Especial para servidores que exerçam atividades sob | Deficiência |
| condições especiais que prejudiquem a saúde ou integridade física | () Aposentadoria por implemento de idade – |
| | Art. 40, III, CF/88 (direito adquirido até 20/12/2023) |

04. PARA APOSENTADORIA VOLUNTÁRIA POR IDADE E TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO:

() Concordo em aposentar-me com base na regra identificada no item a seguir _____ da Simulação de Aposentadoria anexa a este requerimento.

Observação: _____

05. FORMA DE COMUNICAÇÃO:

() E-mail: _____
() 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 ou
do servidor do setor de Recursos Humanos do órgão de origem/carimbo (no caso de aposentadoria por incapacidade permanente e compulsória)

Observação: O requerimento deve ser assinado pelo requerente conforme assinatura constante no documento de identificação apresentado