



4. REQUERIMENTO
Pensão por Morte e Revisão de ex-segurado civil



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

1. Requerente: _____
2. CPF: _____ RG: _____
3. Telefone _____ Whatsapp: _____
4. Endereço: _____
5. Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
6. E-mail: _____
7. **Sob as penas da Lei**, declaro meu estado civil atual: _____ (Solteiro; União Estável; Casado; Separado; Divorciado; Viúvo)
8. Parentesco com o ex-segurado: _____
9. Inválido: () sim () não
10. Número de benefício (se for o caso): _____

REPRESENTANTE LEGAL:

11. Nome: _____
12. Condição: () Tutor () Curador () Pais
13. CPF: _____ RG: _____ Telefone: () _____
14. Endereço: _____
15. Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

PROCURADOR:

16. Nome do procurador: _____
17. CPF: _____ RG: _____ Telefone: () _____
18. Endereço: _____
19. Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

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

20. () Pensão por Morte
21. () Revisão da Pensão por Morte (Obrigatório anexar documentos comprobatórios que justifiquem a reanálise do processo)
Motivo:

Observação: Conforme Lei Complementar Estadual nº 150:

Art. 41. Ocorrendo a habilitação tardia, após 30 (trinta) dias da data do óbito, o benefício inicia-se a partir da data:

I - do efetivo protocolo junto ao Igeprev-To;

II - da publicação do respectivo ato revisional, caso implique em exclusão ou inclusão de beneficiário ou redução do valor da pensão.

Parágrafo único. A concessão da pensão por morte não será protelada pela falta de habilitação de outro possível dependente, e qualquer habilitação posterior que importe em exclusão ou inclusão de dependente só produzirá efeito a contar da data da publicação do ato revisional.

DADOS DO EX-SEGURADO(A)

22. Nome: _____
23. CPF: _____ RG: _____
24. Matrícula: _____ Cargo: _____
25. Órgão de origem: _____
26. Data do Óbito: ____/____/____
27. O ex-segurado era: () Segurado Ativo Civil ou () Segurado Inativo Civil

28. Falecimento motivado por:

a) acidente de trabalho, doença profissional ou do trabalho: () Sim () Não

b) doença grave, contagiosa ou incurável na forma da lei: () Sim () Não

Em caso afirmativo, juntar comprovante(s) que demonstre(m) a situação ocorrida.

29. **Se ativo e ex-segurado policial civil, policial penal, policial legislativo, ou agente de segurança socioeducativo** (art. 40, IV, alínea "c", LC 150/2023)

Questiona-se: o falecimento ocorreu em decorrência de agressão sofrida no exercício ou em razão da função?

() Sim () Não

Em caso afirmativo, juntar comprovante(s) que demonstre(m) a situação ocorrida.

30. PREENCHER NO CASO DE MAIS DE UM DEPENDENTE MENOR DE 18 ANOS, NÃO EMANCIPADO, DO EX-SEGURADO REPRESENTADO PELO REQUERENTE.

Se revisão, preencher os campos apenas se for para incluir novo dependente.

30.1 . Nome: _____
CPF: _____ data de nascimento: _____
Parentesco: _____ estado civil: _____
Inválido? () sim () não É pessoa com Deficiência? () sim () não
30.2 . Nome: _____
CPF: _____ data de nascimento: _____
Parentesco: _____ estado civil: _____
Inválido? () sim () não É pessoa com Deficiência? () sim () não
30.3 . Nome: _____
CPF: _____ data de nascimento: _____
Parentesco: _____ estado civil: _____
Inválido? () sim () não É pessoa com Deficiência? () sim () não
30.4 . Nome: _____
CPF: _____ data de nascimento: _____
Parentesco: _____ estado civil: _____
Inválido? () sim () não É pessoa com Deficiência? () sim () não
30.5 . Nome: _____
CPF: _____ data de nascimento: _____
Parentesco: _____ estado civil: _____
Inválido? () sim () não É pessoa com Deficiência? () sim () não
31.6 . Nome: _____
CPF: _____ data de nascimento: _____
Parentesco: _____ estado civil: _____
Inválido? () sim () não É pessoa com Deficiência? () sim () não

ASSUMO, sob as penas da lei, inteira responsabilidade de INFORMAR, por escrito, ao Instituto de Gestão Previdenciária do Estado do Tocantins – Igeprev-To, qualquer alteração no meu estado civil, no endereço além destas, e para o pensionista inválido qualquer alteração que modifique a qualidade de inválido.

A perda da qualidade de dependente previdenciário importa inicialmente na SUSPENSÃO e, após o devido processo legal, no CANCELAMENTO do benefício Previdenciário, bem como no ressarcimento do que foi recebido indevidamente, sem prejuízo das sanções penais, administrativas e cíveis cabíveis.

Nestes termos, pede deferimento.

Cidade/Data: _____, ____/____/____.

Assinatura do Requerente conforme assinatura
constante no documento de identificação apresentado.