



## 5. REQUERIMENTO REVERSÃO



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

### DADOS DO(A) SEGURADO(A):

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_
3. Endereço: \_\_\_\_\_
4. Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_
5. E-mail: \_\_\_\_\_
6. Benefício nº: \_\_\_\_\_ 7. Cargo: \_\_\_\_\_
8. Órgão de Origem: \_\_\_\_\_

### REPRESENTANTE LEGAL:

9. Nome: \_\_\_\_\_
10. CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_
11. Endereço: \_\_\_\_\_
12. E-mail: \_\_\_\_\_

Na qualidade de Segurado(a) do Regime Próprio de Previdência do Estado do Tocantins – RPPS-TO, **REQUER:**

13. ( ) Reversão

- ( ) por invalidez, quando a Junta Médica Oficial declarar insubsistentes os motivos da aposentadoria; e não tiver completado o tempo para aposentadoria compulsória.
- ( ) a pedido, observado o interesse da Administração e a existência de dotação orçamentária e financeira, e desde que:
- a) a aposentadoria tenha sido voluntária e ocorrido nos 5 anos anteriores à solicitação;
  - b) estável, quando na atividade;
  - c) haja cargo vago e não tiver completado o tempo para aposentadoria compulsória

### Forma de comunicação

14. ( ) E-mail: \_\_\_\_\_
15. ( ) Whatsapp \_\_\_\_\_ Telefone ( ) \_\_\_\_\_

Estou ciente que a revogação do benefício, em razão do pedido de reversão, entra em vigor sempre no dia 1º do mês subsequente ao da publicação do ato.

Nestes termos, pede deferimento.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente conforme  
documento de identificação apresentado