



10. REQUERIMENTO
Autorização para alteração dos dados bancários



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

DADOS DO REQUERENTE

Nome: _____
CPF: _____ RG: _____ Telefone _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
E-mail: _____

REPRESENTANTE LEGAL:

Tipo de representação: () Tutor () Curador () Pais () Guardião
Nome: _____
CPF: _____ RG: _____ Telefone: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
E-mail: _____

PROCURADOR:

Nome: _____
CPF: _____ RG: _____ Telefone: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
E-mail: _____

Na qualidade de: () Inativo () Pensionista () Beneficiário de pensão alimentícia

DADOS BANCÁRIOS

Banco _____ Agência _____ Conta _____
Tipo de conta: _____

Observação: _____

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a Gerência da Folha de Pagamento do IGEPREV/TO, a realizar o seguinte procedimento, para recebimento do benefício e/ou pensão alimentícia:

- () Alteração de dados bancários.
- () Desbloqueio de pagamento.

Nestes termos, pede deferimento.

Cidade/data: _____, _____ / _____ / _____

Assinatura do requerente conforme
documento de identificação apresentado