



15. REQUERIMENTO
Inclusão de Dependente Previdenciário e para fins de Dedução de Imposto de Renda



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

1. DADOS DO SEGURADO/REQUERENTE

2. Nome: _____
3. CPF: _____ Telefone _____
4. Endereço: _____
5. Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
6. E-mail: _____
7. Matrícula/Benefício nº: _____
8. Cargo: _____

REPRESENTANTE LEGAL:

9. Nome: _____
10. CPF _____ Telefone: () _____
11. Endereço: _____
12. Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

PROCURADOR:

13. Nome do procurador: _____
14. CPF: _____ Telefone: () _____
15. Endereço: _____
16. Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

REQUER:

17. () Inclusão de Dependente para fins de cadastro – **Checklist nº 15.1**
Na qualidade de: () Ativo () Aposentado () Dependente

REQUER:

18. () Inclusão de Dependente para Imposto de Renda – **Checklist nº 15.2**
Na qualidade de: () Aposentado

ATENÇÃO: Caso preencha as duas solicitações acima, item 17 e 18, devem ser atendidos os dois checklists nº 15.1 e nº 15.2

19. PREENCHER DADOS DO DEPENDENTE REPRESENTADO PELO REQUERENTE

19.1 . Nome: _____
CPF: _____ data de nascimento: _____
Parentesco: _____ estado civil: _____
Inválido? () sim () não

19.2 . Nome: _____
CPF: _____ data de nascimento: _____
Parentesco: _____ estado civil: _____
Inválido? () sim () não

19.3 . Nome: _____
CPF: _____ data de nascimento: _____
Parentesco: _____ estado civil: _____
Inválido? () sim () não
19.4 . Nome: _____
CPF: _____ data de nascimento: _____
Parentesco: _____ estado civil: _____
Inválido? () sim () não
19.5 . Nome: _____
CPF: _____ data de nascimento: _____
Parentesco: _____ estado civil: _____
Inválido? () sim () não
19.6 . Nome: _____
CPF: _____ data de nascimento: _____
Parentesco: _____ estado civil: _____
Inválido? () 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 inválido qualquer alteração que modifique a qualidade de inválido.

A perda da qualidade de dependente previdenciário importa inicialmente na SUSPENSÃO e, Benefícios, 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.