



# 6. REQUERIMENTO

“Revisão de Pensão por Morte”



Ao(à) Presidente do Instituto de Gestão Previdenciária do Estado do Tocantins – IGEPREV-TOCANTINS,

1. Requerente: \_\_\_\_\_  
 2. CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 3. Endereço: \_\_\_\_\_  
 4. Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 5. Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 6. E-mail: \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE LEGAL:** ( ) Sim ( ) Não

7. Nome: \_\_\_\_\_  
 8. Condição: ( ) Tutor ( ) Curador ( ) Procurador ( ) Representante (Pais)  
 9. CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 10. Endereço: \_\_\_\_\_  
 11. Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 12. E-mail: \_\_\_\_\_

Na qualidade de dependente ou de Representante Legal do dependente de ex-segurado do Regime Próprio de Previdência do Estado do Tocantins – RPPS-TO, **REQUER:**

12. ( ) Revisão de Pensão por Morte	( ) Segurado Ativo Civil ( ) Segurado Ativo Militar ( ) Inclusão de novo beneficiário	( ) Segurado Inativo Civil ( ) Segurado Inativo Militar
13. Motivo da Revisão: _____ _____ _____ _____		

## 14. DEPENDENTES

Nome	CPF	Data de Nascimento	Parentesco	Estado Civil	Invalído S/N

## 15. DADOS DO(A) EX-SEGURADO(A)

1. Ex-segurado(a): \_\_\_\_\_  
 2. CPF: \_\_\_\_\_  
 5. Órgão de origem: \_\_\_\_\_  
 7. Data do Óbito: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

16. DE QUE FORMA DESEJA SER COMUNICADO DA DECISÃO?  
 ( ) Correio eletrônico \_\_\_\_\_  
 ( ) Ofício Endereço: \_\_\_\_\_  
 ( ) Whatsapp \_\_\_\_\_ ( ) Telefone ( ) \_\_\_\_\_.

Nestes termos, pede deferimento.

Cidade/Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do Requerente