



8. REQUERIMENTO

“Reversão de Aposentadoria, a pedido ou por Invalidez”



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

DADOS DO(A) SEGURADO(A)

1. Segurado(a): _____
2. CPF: _____ RG: _____
3. Endereço: _____
4. Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____
5. E-mail: _____
6. Benefício nº: _____ 7. Cargo: _____
8. Órgão de origem: _____

11. Para Reversão de Aposentadoria, a pedido ou por Invalidez, se houver **Procurador**, informar:

Nome: _____
CPF: _____ RG: _____ Telefone: _____
Endereço: _____
E-mail: _____

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

12. Reversão

- () A pedido
() Por Invalidez

13. Motivo da Reversão: _____

*Observação: Obrigatório anexar documentos comprobatórios que justifiquem a análise do processo.

14. DE QUE FORMA DESEJA SER COMUNICADO DA DECISÃO?

- () Correio eletrônico _____
() Ofício Endereço: _____
() Whatsapp _____ () Telefone () _____.

Nestes termos, pede deferimento.

Cidade/data: _____, _____/_____/_____

Assinatura do requerente