



1. REQUERIMENTO

"Aposentadoria por Tempo de Contribuição, por Idade, Transferência para Reserva Remunerada a pedido, Transferência para Reserva Remunerada *ex officio* ou Reforma *ex officio*"



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

DADOS DO(A) SEGURADO(A)

1. Segurado(a): Luizirne Neres Barbosa
2. CPF: 55617018391 RG: 52.303 SSP TO
3. Endereço: R. 04 Q. 47 L. 26 Aurenny IV
4. Cidade: Palmas UF: TO CEP: 77060040 Telefone: 63 99108-5943
5. E-mail: luizirne@yaho.com.br
6. Matrícula: 6679882 7. Cargo: Professora Normalista
8. Órgão: Secretaria da Educação, Juventude e Esportes
9. Lotação: Escola Estadual Novo Horizonte
10. PIS/PASEP: 1.903.287.754-5

Se tiver Procurador, informar:

Nome: _____
CPF: _____ RG: _____ Telefone: _____
Endereço: _____

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

12. ☒ Concessão de Benefício

- ☐ Aposentadoria Voluntária por Idade
☒ Aposentadoria Voluntária por Idade e Tempo de Contribuição
☐ Transferência para Reserva Remunerada a pedido
☐ Transferência para Reserva Remunerada *ex officio*
☐ Reforma *ex officio*

IMPORTANTE – SOMENTE PARA APOSENTADORIA VOLUNTÁRIA E RESERVA REMUNERADA

16. ☒ Concordo em aposentar-me com base na regra identificada na letra A da Simulação de Aposentadoria anexa a este requerimento.

17. DECLARO SOB AS PENAS DA LEI QUE:

- ☒ Não sou aposentado no serviço público federal, estadual ou municipal, e/ou no INSS.
☒ Não sou da reserva remunerada nem reformado nas Forças Armadas ou Polícia Militar dos Estados.

18. DECLARO QUE SOU:

- ☐ Aposentado no _____
☐ da Reserva Remunerada ou Reformado junto _____

19. DE QUE FORMA DESEJA SER COMUNICADO DA DECISÃO?

- ☐ Correio eletrônico _____
☐ Ofício, Endereço: _____
☒ Whatsapp (63) 99108-5943 ☐ Telefone () _____

() Informo que, até a presente data, é descontado de minha remuneração parcela correspondente à Pensão Alimentícia, assim, autorizo o Igeprev/TO a proceder o desconto nos meus proventos, quando da inclusão do meu benefício em folha de pagamento, conforme documentação exigida no *checklist*.

Cidade/Data: Palmas, TO 24/08/2020

Luizirne Neres Barbosa

Assinatura do requerente