

2020 09039 002497



REQUERIMENTO

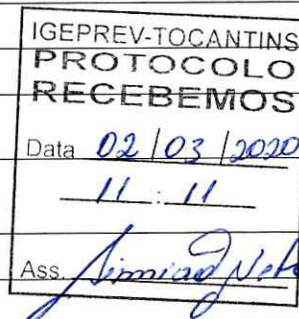
"Aposentadoria por Tempo de Contribuição, por Idade, Transferência para Reserva Remunerada a pedido, Transferência para Reserva Remunerada *ex officio* ou Reforma *ex officio*"



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

DADOS DO(A) SEGURADO(A)

1. Segurado(a): ABRAÃO DE SOUSA ALMEIDA
2. CPF: 549.591.101-63 RG: 01.833/2
3. Endereço: RUA ALFREDO NASCER, N.428, CENTRO
4. Cidade: ARAGUAÍNA UF: TO CEP: 77807-150 Telefone: 63-99236-1911
5. E-mail: adsousalmeida@hotmail.com
6. Matrícula: 665074-1 7. Cargo: 1º SGT QPPM
8. Órgão: POLÍCIA MILITAR
9. Lotação: 2º BPM
10. PIS/PASEP: 1.821.001.764-5



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
(X) Transferência para Reserva Remunerada a pedido
 () Transferência para Reserva Remunerada *ex officio*
 () Reforma *ex officio*

IMPORTANTE – SOMENTE PARA APOSENTADORIA VOLUNTÁRIA E RESERVA REMUNERADA

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

17. DECLARO SOB AS PENAS DA LEI QUE:

- (X) Não sou aposentado no serviço público federal, estadual ou municipal, e/ou no INSS.
 (X) 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: _____
 (X) Whatsapp (63) 99236-1911 () 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 na *checklist*.

Cidade/Data: ARAGUAÍNA, TO, 10 / 01 / 2020.

Abraão de Sousa Almeida
 Assinatura do requerente