14. RECONSIDERAÇÃO DE INDEFERIMENTO

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

Assunto: RECONSIDERAÇÃO DE INDEFERIMENTO.

RECORRENTE (SEGURADO/BENEFICIÁRIO):_____

RECORRIDO: IGEPREV-TOCANTINS.

DECISÃO PROFERIDA NO PROCESSO Nº: _____

ENDEREÇO PARA CONTATO: _____

_____

E-MAIL: _____

CIDADE/UF:_____

CEP:_____ TELEFONE:_____

REPRESENTE LEGAL:_____

MOTIVO DA RECONSIDERAÇÃO:

_____

Cidade/Data _____, ____/____/_____.

_____

Assinatura do requerente