13. 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.

ENDEREÇO PARA CONTATO: _____
_____
E-MAIL: _____
CIDADE/UF:_____
CEP:_____ TELEFONE:_____
REPRESENTE LEGAL:_____

MOTIVO DA RECONSIDERAÇÃO:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

DECISÃO PROFERIDA NO PROCESSO Nº: _____

Cidade/Data _____, ____/____/_____.

_____
Assinatura do requerente