



FORMULÁRIO PARA RECONSIDERAÇÃO DE INDEFERIMENTO



Ao Presidente do Instituto de Gestão Previdenciária do Estado do Tocantins – IGEPREV-TO,

Assunto: RECONSIDERAÇÃO DE INDEFERIMENTO

RECORRENTE: _____
(NOME)

SEGURADO/BENEFICIÁRIO: _____
(NOME)

RECORRIDO: IGEPREV-TOCANTINS

ENDEREÇO PARA CONTATO: _____

CIDADE/UF: _____

CEP: _____ TELEFONE: _____

MOTIVO DA RECONSIDERAÇÃO:

INDEFERIMENTO DO BENEFÍCIO Nº: _____

CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO Nº: _____

DECISÃO PROFERIDA NO PROCESSO Nº: _____

(LOCAL e DATA)

(ASSINATURA DO SEGURADO/BENEFICIÁRIO OU DO REPRESENTANTE LEGAL)