
Assinatura do indivíduo ou unidade familiar

*******PREENCHIMENTO PELA COMISSÃO REGIONAL*******

3 – AVALIAÇÃO DO MEMBRO DA COMISSÃO – PORTARIA INCRA/ _____ Nº _____ / _____

Análise Fundamentada:

Decisão Reconsiderada

Decisão não reconsiderada (encaminhe-se o presente pleito ao Superintendente regional para que decida a respeito do

recurso interposto		
Data: ____/____/____		
Membro da Comissão Regional	Membro da Comissão Regional	Presidente da Comissão Regional