



**INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**

**RECURSO À JUNTA DE RECURSOS DO CONSELHO DE  
RECURSOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

|              |             |
|--------------|-------------|
| SEGURADO:    |             |
| RECORRENTE : |             |
| RECORRIDO:   | <b>INSS</b> |

|                                 |
|---------------------------------|
| ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA : |
|                                 |

(Rua, Nº, Bairro, Cidade, Município, Estado, CEP e Telefone)

**Motivo do Recurso**

- ☐ Indeferimento do Benefício Nº
- ☐ Cessação do Benefício Nº
- ☐ Data fixada para o início do Benefício Nº
- ☐ Valor inicial fixado para o Benefício Nº
- ☐ Decisão proferida no Processo Nº

**INFORMAÇÃO SOBRE VOLTA AO TRABALHO** (somente nos casos de auxílio-doença ou de aposentadoria por invalidez)

|      |
|------|
| Data |
|------|

**RAZÕES DO RECURSO :**

|  |
|--|
|  |
|--|

|              |
|--------------|
| LOCAL E DATA |
|--------------|

|   |
|---|
| SINATURA (DO PRÓPRIO OU DO REPRESENTANTE LEGAL) |
|---|