



**INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**

**RECURSO À JUNTA DE RECURSOS DO CONSELHO DE  
RECURSOS DO SEGURO 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

ASSINATURA (DO PRÓPRIO OU DO REPRESENTANTE LEGAL)