

**RECURSO Á JUNTA DE RECURSOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

|  |  |
| --- | --- |
| SEGURADO- |  |

|  |  |
| --- | --- |
| RECORRENTE- |  |

RECORRIDO – **INSS**

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

|  |
| --- |
|  |

MOTIVO DO RECURSO

|  |  |
| --- | --- |
| INDEFERIMENTO DO  BENEFÍCIO Nº |  |

|  |  |
| --- | --- |
| CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO  Nº |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DATA FIXADA PARA INÍCIO  DO BENEFICIO Nº |  |

|  |  |
| --- | --- |
| VALOR INICIAL FIXADO  PARA O BENEFICIO Nº |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DECISÃO PROFERIDA NO  PROCESSO Nº |  |

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

RAZÕES DO RECURSO (utilizar no máximo 20 linhas)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| LOCAL    DATA | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA DO PRÓPRIO OU DO REPRESENTANTE LEGAL |