

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

SEGURADO: _____
(NOME)

RECORRENTE: _____
(NOME)

RECORRIDO – INSS: _____
(LOCALIDADE)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: _____

(RUA, Nº, BAIRRO, CIDADE, MUNICÍPIO, ESTADO, CEP)

MOTIVO DO RECURSO: _____

INDEFERIMENTO DO BENEFÍCIO Nº: _____

CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO Nº: _____

DECISÃO PROFERIDA NO PROCESSO Nº: _____

RAZÕES DO RECURSO: _____

LOCAL e DATA

ASSINATURA (do próprio ou do representante legal)