

FORMULÁRIO DE RECURSO

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER APRESENTADO AO INSS NO BRASIL OU AO INSS EM MOÇAMBIQUE
A DATA DA SOLICITAÇÃO E O ITEM 1 DEVEM SER PREENCHIDOS PELO INSS NO BRASIL OU PELO INSS EM MOÇAMBIQUE

Data da Solicitação:

____/____/____
(dd/mm/aaaa)

1 RECORRENTE:

1.1 Segurado:

1.2 Recorrente

1.3 Endereço para correspondência:

1.4 Telefone:

1.5 E-mail:

1.6 Número de Beneficiário (para Moçambique):

1.7 Número do Benefício (para o Brasil):

1.8 Número do Processo (quando não tem benefício):

1.9 Data de retorno ao trabalho (para os casos de aposentadoria por invalidez): ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

2 MOTIVO DO RECURSO:

 Indeferimento Cessação Outros (Especificar):

3 RAZÕES DO RECURSO:

4 ASSINATURA DO RECORRENTE:

Local:

____/____/____
Data da solicitação (dd/mm/aaaa)

Assinatura do Requerente

5 VISTO DO ORGANISMO DE LIGAÇÃO RECEPTOR:

Local e data (dd/mm/aaaa):

____/____/____.

Assinatura e carimbo

Nota: Anexar a carta da decisão proferida.