

ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E A REPÚBLICA DA ÍNDIA
AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL AND REPUBLIC OF INDIA

FORMULÁRIO DE RECURSO / REVISÃO APPEAL/REVIEW FORM

1	SOLICITANTE/REQUESTER
Segurado / Insured:	
Recorrente / Appellant:	
Endereço para correspondência / Postal Address:	
Telefone / Telephone number:	
E-mail:	
Número do Benefício / Benefit Number:	
Número do Processo (quando não tem benefício) / Process number (when there is no benefit):	
Data de retorno ao trabalho (para os casos de aposentadoria por invalidez) (dd/mm/aaaa) / Date of return to work (for cases of retirement for disability) (dd/mm/yyyy): ____/____/____ .	

2	MOTIVOS PARA RECURSO OU REVISÃO / REASONS FOR APPEAL OR REVIEW:
<input type="checkbox"/> Indeferimento / Rejection	
<input type="checkbox"/> Cessação / Termination	
<input type="checkbox"/> Outros / Others	
Informe abaixo os motivos pelos quais não concorda com a decisão brasileira: Please provide below the reasons why you do not agree with the Brazilian decision: _____	

3 ASSINATURA DO RECORRENTE / SIGNATURE OF APPELLANT:

Local / Place: _____

_____/_____/_____
 Data da solicitação (dd/mm/aaaa) /
 Date of Application (dd/mm/yyyy)

 Assinatura do requerente / Signature of Appellant

4 ORGANISMO DE LIGAÇÃO DO PAÍS DE ORIGEM/ LIASON BODY OF THE COUNTRY OF ORIGIN

Denominação/Name :

Endereço/Address :

Telefone/Telephone :

E-mail:

Local e Data (dd/mm/aaaa) / Place and Date (dd/mm/yyyy): _____, ____/____/____.

 Carimbo / Stamp

 Assinatura / Signature

Nota: anexar carta da decisão proferida. / Caso o espaço para as razões do recurso não sejam suficientes pode-se fazer em folha a parte e anexá-la a este formulário.

Note: Attach decision letter/If the space for the reasons for the appeal is not enough can make sheet part and attach it to this form.