

ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E OS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA
AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL AND UNITED STATES OF AMERICA

FORMULÁRIO DE RECURSO / APPEAL FORM

1 RECORRENTE / APPELLANT

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 MOTIVO DO RECURSO / REASON OF APPEAL:

- Indeferimento / Rejection
 - Cessação / Termination
 - Outros / Others
- Especificar / Specify: _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

3 MOTIVOS PARA RECURSO / REASONS FOR APPEAL:

4 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
5 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.