**REQUERIMENTO**

 Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da CI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSP/CE, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/CE, solicito ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) a baixa da minha atividade junto a esse órgão como autônomo, pois somente exerci esta atividade até a data \_\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Nestes termos, peço deferimento.

 Cidade/CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 NOME COMPLETO

CI: 000000000000 SSP/CE, CPF: 000000000000