**REQUERIMENTO DE PAGAMENTO NÃO RECEBIDO**

 Eu, NOME COMPLETO, portador(a) da CI: 0000000000/DF, CPF: 00000000000, residente em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Bairro, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/CE, solicito ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) o pagamento do mês de fevereiro de 2017 do meu benefício de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que não foi pago, E/NB: \_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, os valores encontram devolvidos pelo INSS.

Nestes termos, peço deferimento.

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

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

NOME COMPLETO

CI: 00000000000000/DF, CPF: 0000000000000