**REQUERIMENTO**

 Eu, NOME COMPLETO, portador(a) da CI: 00000000 SSP/CE, CPF: 000000000, residente em Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Nº\_\_\_\_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/CE, solicito ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) a retificação do código de pagamento dos meus carnês do INSS, paguei várias competências com o código 1007, solicito a retificação para o código 1163.

Nestes termos, peço deferimento.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

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

NOME COMPLETO

 CI: 000000000000SSP/CE, CPF: 000000000000000