**REQUERIMENTO DE COMPLEMENTAÇÃO DE PAGAMENTO ABAIXO DO SALÁRIO-MÍNIMO**

 Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da CI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSP/CE, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente em Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Nº\_\_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/CE, solicito ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) a COMPLEMENTAÇÃO das competências dos meses (informar todos os meses que estão com pagamento abaixo do salário-mínimo) para o valor do salário-mínimo vigente a época.

Nestes termos, peço deferimento.

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

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

 NOME COMPLETO

CI: 000000 SSP/CE, CPF: 000000000