

REQUERIMENTO DE REVISÃO DE VALORES NÃO PAGOS OU PAGOS A MENOR

Beneficiário(a): [NOME COMPLETO]

CPF: [000.000.000-00]

NB (Número do Benefício): [XXX.XXX.XXX-X]

Telefone: [DDD + número]

E-mail (opcional): [email@email.com]

AO INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

Venho, por meio deste requerimento, solicitar a revisão dos pagamentos referentes aos meses de abril e maio de 2025, relativos ao benefício acima identificado.

MOTIVO:

- O pagamento do mês de abril/2025 não foi realizado, embora toda a documentação exigida para a manutenção do benefício tenha sido enviada dentro do prazo legal.
- O pagamento do mês de maio/2025 foi feito de forma parcial, não correspondendo ao valor integral a que o(a) beneficiário(a) tem direito.

Anexo a este requerimento:

- Extrato de pagamento do Meu INSS, comprovando a ausência do pagamento do mês 4 e o pagamento parcial do mês 5;
- Cópia dos comprovantes de envio da documentação exigida;
- Documentos pessoais do(a) beneficiário(a).

Diante disso, solicito:

1. O pagamento retroativo do mês 4 (abril/2025);
2. A correção e pagamento da diferença do valor do mês 5 (maio/2025);
3. Que sejam informadas eventuais pendências ou justificativas para os pagamentos incorretos, caso existam.

Sem mais, aguardo a regularização no prazo legal.

Local e data: [Cidade], [dia] de [mês] de 2025.

Assinatura: _____