

## PEDIDO DE RESTITUIÇÃO, RESSARCIMENTO OU REEMBOLSO E DECLARAÇÃO DE COMPENSAÇÃO

PERDCOMP 8.2

CPF 112.200.626-85

01378.76577.030124.2.2.16-7657

## **DADOS INICIAIS**

Nome FELIPE RABELO CARDOSO

Data de Nascimento07/06/1993Data de Criação03/01/2024Data de Transmissão03/01/2024

**Tipo de Documento** Pedido de Restituição

Tipo de Crédito Contribuição Previdenciária Indevida ou a Maior

PER/DCOMP Retificador Não Crédito Oriundo de Ação Judicial Não

Tipo da Conta Corrente

 Banco
 001

 Agência
 0380

 N° Conta
 45824-4

Não é permitido indicar crédito que tiver por fundamento a alegação de inconstitucionalidade de lei, exceto nos casos em que a lei:

- 1) Tenha sido declarada inconstitucional pelo Supremo Tribunal Federal em ação direta de inconstitucionalidade ou em ação declaratória de constitucionalidade;
- 2) Tenha tido sua execução suspensa pelo Senado Federal;
- 3) Tenha sido julgada inconstitucional em sentença judicial transitada em julgado a favor do contribuinte; ou
- 4) Seja objeto de súmula vinculante aprovada pelo Supremo Tribunal Federal nos termos do art. 103-A da Constituição Federal.
- O crédito que você deseja identificar tem por fundamento a alegação de inconstitucionalidade de lei que não esteja contemplada nas exceções acima apontadas?

## Não

1



PEDIDO DE RESTITUIÇÃO, RESSARCIMENTO OU REEMBOLSO E DECLARAÇÃO DE COMPENSAÇÃO

PERDCOMP 8.2

CPF 112.200.626-85

01378.76577.030124.2.2.16-7657

CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA INDEVIDA OU A MAIOR

Informado em Processo Administrativo AnteriorNãoInformado em Outro PER/DCOMPNãoSituação Especial do Titular do CréditoNão

Número de Identificação do Trabalhador267.82616.50-3CompetênciaJunho de 2021

Recolhimento Efetuado em Matrícula CEI Não

Categoria do Segurado Empregado

Justificativa do Pedido Contribuição acima do limite máximo

**CONTRIBUIÇÕES DESCONTADAS** 

**0001. Competência** 06 de 2021

**CNPJ/CEI/CPF** 03.568.867/0001-36

Entidade Beneficente Não

Nome da Empresa/Equiparada HOSPITAL DAS FORCAS ARMADAS

Remuneração Recebida 3.330,37 Valor da Contribuição Descontada 366,34

**0002. Competência** 06 de 2021

**CNPJ/CEI/CPF** 20.583.431/0001-35

Entidade Beneficente Não

Nome da Empresa/Equiparada FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Remuneração Recebida18.396,28Valor da Contribuição Descontada751,97

**VALOR DA CONTRIBUIÇÃO** 

1.118,31