

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

PERDCOMP 8.2

CPF 024.428.833-09

02353.16092.050224.2.2.16-7634

## **DADOS INICIAIS**

Nome JOAO LEONARDO DE SOUZA MENDONCA

Data de Nascimento21/07/1988Data de Criação05/02/2024Data de Transmissão05/02/2024

**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
 2225

 N° Conta
 11288-7

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 024.428.833-09

02353.16092.050224.2.2.16-7634

CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA INDEVIDA OU A MAIOR

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

Número de Identificação do Trabalhador 168.81152.73-7 Competência Maio/2023

Recolhimento Efetuado em Matrícula CEI Não

Categoria do Segurado Contribuinte Individual

Justificativa do Pedido Contribuição acima do limite máximo

**CONTRIBUIÇÕES DESCONTADAS** 

**0001. Competência** 05 de 2023

**CNPJ/CEI/CPF** 05.268.526/0001-70

Entidade Beneficente Não

Nome da Empresa/Equiparada INSTITUTO DE SAUDE E GESTAO HOSPITALAR

Remuneração Recebida 15.479,41 Valor da Contribuição Descontada 877,25

**0002. Competência** 05 de 2023

**CNPJ/CEI/CPF** 11.807.245/0001-41

Entidade Beneficente Não

Nome da Empresa/Equiparada COOPERATIVA DOS MEDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO

**CEARA** 

Remuneração Recebida59.538,06Valor da Contribuição Descontada1.501,50

VALOR DA CONTRIBUIÇÃO

2.378,75