



DADOS INICIAIS

Nome	JOYCE BENEVIDES LIMA
Data de Nascimento	23/07/1986
Data de Criação	01/03/2024
Data de Transmissão	01/03/2024
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	Conta Corrente
Banco	001
Agência	3140
N° Conta	4764-9

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



PEDIDO DE RESTITUIÇÃO, RESSARCIMENTO OU REEMBOLSO E DECLARAÇÃO DE COMPENSAÇÃO

PERDCOMP 8.2

CPF 437.376.093-49

29859.91326.010324.2.2.16-8601

CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA INDEVIDA OU A MAIOR

Informado em Processo Administrativo Anterior	Não
Informado em Outro PER/DCOMP	Não
Situação Especial do Titular do Crédito	Não
Número de Identificação do Trabalhador	116.89184.85-4
Competência	Agosto/2019
Recolhimento Efetuado em Matrícula CEI	Não
Categoria do Segurado	Empregado
Justificativa do Pedido	Contribuição acima do limite máximo
Valor do Pedido de Restituição	53,29

CONTRIBUIÇÕES DESCONTADAS

0001. Competência	08 de 2019
CNPJ/CEI/CPF	01.495.680/0001-24
Entidade Beneficente	Não
Nome da Empresa/Equiparada	COOPNEURO-COOP MED NEUR E NEUROCIRUGIOES DO CEARA LTDA
Remuneração Recebida	932,10
Valor da Contribuição Descontada	102,53
0002. Competência	08 de 2019
CNPJ/CEI/CPF	05.268.526/0001-70
Entidade Beneficente	Não
Nome da Empresa/Equiparada	INSTITUTO DE SAUDE E GESTAO HOSPITALAR
Remuneração Recebida	5.391,90
Valor da Contribuição Descontada	593,10
VALOR DA CONTRIBUIÇÃO	695,63