



DADOS INICIAIS

Nome	ADAHILTON MAGALHAES MACIEL
Data de Nascimento	19/08/1987
Data de Criação	25/02/2024
Data de Transmissão	25/02/2024
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	Conta Corrente
Banco	001
Agência	3469
Nº Conta	2393-6

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 017.786.023-55

03090.27992.250224.2.2.16-7794

## 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	136.88988.19-0
Competência	Fevereiro/2023
Recolhimento Efetuado em Matrícula CEI	Não
Categoria do Segurado	Contribuinte Individual
Justificativa do Pedido	Contribuição acima do limite máximo
Valor do Pedido de Restituição	192,28

## CONTRIBUIÇÕES DESCONTADAS

0001. Competência	02 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	7.975,91
Valor da Contribuição Descontada	877,25
0002. Competência	02 de 2023
CNPJ/CEI/CPF	05.868.278/0001-07
Entidade Beneficente	Não
Nome da Empresa/Equiparada	UNIMED FORTALEZA SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA
Remuneração Recebida	961,41
Valor da Contribuição Descontada	192,28
VALOR DA CONTRIBUIÇÃO	1.069,53