

PEDIDO DE RESTITUIÇÃO, RESSARCIMENTO OU REEMBOLSO E DECLARAÇÃO DE COMPENSAÇÃO

PERDCOMP 8.2

CPF 112.200.626-85

35259.52667.030124.2.2.16-6028

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 35259.52667.030124.2.2.16-6028

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 Competência Setembro de 2021

Recolhimento Efetuado em Matrícula CEI Não

Categoria do Segurado Empregado

Justificativa do Pedido Contribuição acima do limite máximo

CONTRIBUIÇÕES DESCONTADAS

0001. Competência 09 de 2021

CNPJ/CEI/CPF 03.568.867/0001-36

Entidade Beneficente Não

Nome da Empresa/Equiparada HOSPITAL DAS FORCAS ARMADAS

267.82616.50-3

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

0002. Competência 09 de 2021

CNPJ/CEI/CPF 20.583.431/0001-35

Entidade Beneficente Não

Nome da Empresa/Equiparada FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Remuneração Recebida 16.613,05 Valor da Contribuição Descontada 751,97

VALOR DA CONTRIBUIÇÃO

1.118,31