



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

08152.82393.010324.2.2.16-4073

## 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	Novembro/2019
Recolhimento Efetuado em Matrícula CEI	Não
Categoria do Segurado	Contribuinte Individual
Justificativa do Pedido	Contribuição acima do limite máximo
Valor do Pedido de Restituição	726,35

## CONTRIBUIÇÕES DESCONTADAS

0001. Competência	11 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	3.763,47
Valor da Contribuição Descontada	752,69
0002. Competência	11 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	5.600,01
Valor da Contribuição Descontada	616,00
VALOR DA CONTRIBUIÇÃO	1.368,69