

ANEXO II
**PEDIDO DE RESTITUIÇÃO DE VALORES INDEVIDOS RELATIVOS A
CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA**

1. IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO PASSIVO

NOME/NOME EMPRESARIAL					
CNPJ/CEI/NIT/PIS/PASEP			CPF/RESPONSÁVEL		
LOGRADOURO (rua, avenida, praça etc.)			NÚMERO	COMPLEMENTO (apto, sala, etc.)	
BAIRRO - DISTRITO	MUNICÍPIO		UF	CEP	
BANCO/NOME E Nº (para crédito)	Nº AGÊNCIA	Nº CONTA CORRENTE	VALOR ORIGINAL DA RESTITUIÇÃO (em reais)		
DDD/TELEFONE	E-MAIL				

2. MOTIVO DO PEDIDO

--

3. DEMONSTRATIVO DE APURAÇÃO DO CRÉDITO (Valor originário)

COMPETÊNCIA	DATA DO PAGAMENTO	VALOR RECOLHIDO	VALOR DEVIDO	SALDO	BANCO / AGÊNCIA

4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Solicito a restituição da importância acima mencionada, declarando, sob as penas da Lei nº 4.729, de 14 de julho de 1965, e da Lei nº 8.137, de 27 de dezembro de 1990, que as informações prestadas neste pedido são a expressão da verdade, e que não foram pleiteadas por via judicial nem compensadas, as importâncias ora requeridas.

Declaro, ainda, estar ciente de que a não apresentação, ou a apresentação incompleta, da documentação necessária à instrução do pedido, poderá ensejar seu arquivamento, sem exame do mérito.

NOME DO REQUERENTE	CPF
QUALIFICAÇÃO	DATA
ASSINATURA	



DISCRIMINATIVO DE REMUNERAÇÕES E VALORES RECOLHIDOS PELO CONTRIBUINTE INDIVIDUAL

Competência	Assinale com X		Nome da Empresa	CNPJ da Empresa	Entidade Beneficente (*)	Remuneração Recebida	Valor Descontado	Valor Recolhido pelo Contribuinte Individual (se houver)
	Contribuinte Individual	Empregado						

(*) Assinalar com "X" esta coluna quando o recolhimento for procedente de entidade beneficente com processo regular de isenção de contribuições previdenciárias.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações acima prestadas e os documentos apresentados, e não terem sido pleiteadas por via judicialnem compensadas, as importâncias ora requeridas.

DATA	ASSINATURA DO REQUERENTE
NOME DO REQUERENTE	NÚMERO DA IDENTIDADE (RG)