



DADOS INICIAIS

Nome	LILIANA DE OLIVEIRA ROCHA
Data de Nascimento	16/07/1981
Data de Criação	23/02/2024
Data de Transmissão	23/02/2024
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	1782
Nº Conta	5295-7

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 049.393.926-19

13657.12874.230224.2.2.16-6058

## 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	190.13661.64-8
Competência	Outubro/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	450,75

## CONTRIBUIÇÕES DESCONTADAS

0001. Competência	10 de 2023
CNPJ/CEI/CPF	31.486.738/0001-34
Entidade Beneficente	Não
Nome da Empresa/Equiparada	CLINICA DE INFECTOLOGIA OLIVEIRA & ROCHA LTDA
Remuneração Recebida	4.000,00
Valor da Contribuição Descontada	800,00
0002. Competência	10 de 2023
CNPJ/CEI/CPF	66.343.559/0001-22
Entidade Beneficente	Não
Nome da Empresa/Equiparada	UNIMED TEOFILO OTONI COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
Remuneração Recebida	2.640,00
Valor da Contribuição Descontada	528,00
VALOR DA CONTRIBUIÇÃO	1.328,00