



DADOS INICIAIS

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Nome                             | HOSANNAH LEITE FILHO                            |
| Data de Nascimento               | 04/09/1989                                      |
| 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                          | 3128  |
| N° Conta                         | 2400-6  |

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 033.515.695-99

25276.76665.010324.2.2.16-2920

## 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        | 129.99018.05-5                      |
| Competência                                   | Junho/2023                          |
| Recolhimento Efetuado em Matrícula CEI        | Não                                 |
| Categoria do Segurado                         | Empregado                           |
| Justificativa do Pedido                       | Contribuição acima do limite máximo |
| Valor do Pedido de Restituição                | 877,25                              |

## CONTRIBUIÇÕES DESCONTADAS

|                                  |                           |
|----------------------------------|---------------------------|
| 0001. Competência                | 06 de 2023                |
| CNPJ/CEI/CPF                     | 04.384.829/0001-96        |
| Entidade Beneficente             | Não                       |
| Nome da Empresa/Equiparada       | FUNDO ESTADUAL DE SAUDE   |
| Remuneração Recebida             | 16.200,00                 |
| Valor da Contribuição Descontada | 877,25                    |
| 0002. Competência                | 06 de 2023                |
| CNPJ/CEI/CPF                     | 37.552.774/0001-35        |
| Entidade Beneficente             | Não                       |
| Nome da Empresa/Equiparada       | HLF SERVICOS MEDICOS LTDA |
| Remuneração Recebida             | 9.000,00                  |
| Valor da Contribuição Descontada | 877,25                    |

VALOR DA CONTRIBUIÇÃO

1.754,50