



CPF 033.515.695-99

01241.02411.010324.2.2.16-3095

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
Nº 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

01241.02411.010324.2.2.16-3095

## 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	Abril/2022
Recolhimento Efetuado em Matrícula CEI	Não
Categoria do Segurado	Empregado
Justificativa do Pedido	Contribuição acima do limite máximo
Valor do Pedido de Restituição	193,21

## CONTRIBUIÇÕES DESCONTADAS

0001. Competência	04 de 2022
CNPJ/CEI/CPF	04.384.829/0001-96
Entidade Beneficente	Não
Nome da Empresa/Equiparada	FUNDO ESTADUAL DE SAUDE
Remuneração Recebida	7.087,19
Valor da Contribuição Descontada	779,59
0002. Competência	04 de 2022
CNPJ/CEI/CPF	37.552.774/0001-35
Entidade Beneficente	Não
Nome da Empresa/Equiparada	HLF SERVICOS MEDICOS LTDA
Remuneração Recebida	2.200,00
Valor da Contribuição Descontada	242,00

VALOR DA CONTRIBUIÇÃO	1.021,59
-----------------------	----------