



CPF 015.818.364-90

08928.76849.230224.2.2.16-1515

DADOS INICIAIS

Nome	MAYARA AMORIM DE SOUZA BESSA
Data de Nascimento	25/07/1990
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	033
Agência	3124
N° Conta	1088-5

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 015.818.364-90

08928.76849.230224.2.2.16-1515

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	119.98048.19-0
Competência	Março/2021
Recolhimento Efetuado em Matrícula CEI	Não
Categoria do Segurado	Empregado
Justificativa do Pedido	Contribuição acima do limite máximo
Valor do Pedido de Restituição	118,50

CONTRIBUIÇÕES DESCONTADAS

0001. Competência	03 de 2021
CNPJ/CEI/CPF	08.761.124/0001-00
Entidade Beneficente	Não
Nome da Empresa/Equiparada	ESTADO DA PARAIBA
Remuneração Recebida	1.500,00
Valor da Contribuição Descontada	118,50
0002. Competência	03 de 2021
CNPJ/CEI/CPF	10.583.920/0001-33
Entidade Beneficente	Não
Nome da Empresa/Equiparada	HOSPITAL DO TRICENTENARIO
Remuneração Recebida	10.585,55
Valor da Contribuição Descontada	751,97
VALOR DA CONTRIBUIÇÃO	870,47