



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
Nº 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

14146.71494.230224.2.2.16-2462

## 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	Janeiro/2023
Recolhimento Efetuado em Matrícula CEI	Não
Categoria do Segurado	Empregado
Justificativa do Pedido	Contribuição acima do limite máximo
Valor do Pedido de Restituição	106,51

## CONTRIBUIÇÕES DESCONTADAS

0001. Competência	01 de 2023
CNPJ/CEI/CPF	02.108.023/0001-40
Entidade Beneficente	Não
Nome da Empresa/Equiparada	CESED - CENTRO DE ENSINO SUPERIOR E DESENVOLVIMENTO LTDA
Remuneração Recebida	1.400,46
Valor da Contribuição Descontada	106,51
0002. Competência	01 de 2023
CNPJ/CEI/CPF	10.583.920/0001-33
Entidade Beneficente	Não
Nome da Empresa/Equiparada	HOSPITAL DO TRICENTENARIO
Remuneração Recebida	11.001,71
Valor da Contribuição Descontada	877,25
VALOR DA CONTRIBUIÇÃO	983,76