



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

28771.17944.230224.2.2.16-1601

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	Setembro/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	522,75

CONTRIBUIÇÕES DESCONTADAS

0001. Competência	09 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	09 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	3.000,00
Valor da Contribuição Descontada	600,00
VALOR DA CONTRIBUIÇÃO	1.400,00