



DADOS INICIAIS

Nome	RAPHAEL DE SA VERAS PINTO
Data de Nascimento	17/03/1991
Data de Criação	24/02/2024
Data de Transmissão	24/02/2024
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	3396
N° Conta	3009-3

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 097.227.104-00

26328.93710.240224.2.2.16-0016

## 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	190.50005.86-4
Competência	Outubro/2020
Recolhimento Efetuado em Matrícula CEI	Não
Categoria do Segurado	Empregado
Justificativa do Pedido	Contribuição acima do limite máximo
Valor do Pedido de Restituição	713,08

## CONTRIBUIÇÕES DESCONTADAS

0001. Competência	10 de 2020
CNPJ/CEI/CPF	08.868.515/0001-10
Entidade Beneficente	Não
Nome da Empresa/Equiparada	MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DE TAIPU
Remuneração Recebida	13.250,00
Valor da Contribuição Descontada	713,08
0002. Competência	10 de 2020
CNPJ/CEI/CPF	11.757.032/0001-52
Entidade Beneficente	Não
Nome da Empresa/Equiparada	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ALAGOINHA
Remuneração Recebida	17.520,00
Valor da Contribuição Descontada	713,08
<b>VALOR DA CONTRIBUIÇÃO</b>	<b>1.426,16</b>