

DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Thayene da Costa Amaral, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 32542, portador(a) do CPF nº 00482650267 e registrado(a) no PIS/PASEP declaro, sob as penas da lei, que:

☐ Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ sobre a remuneração de R\$ para a competência da fonte pagadora , inscrita no CNPJ; ou

☒ Sofrerei retenção da contribuição previdenciária no valor fixo de R\$ 155,32 sobre a remuneração de R\$ 1412,00 da fonte pagadora, MM de Amaral Odontologia LTDA inscrita no CNPJ 51832867000144; pelo período de 01/12 até 01/12/24 ou

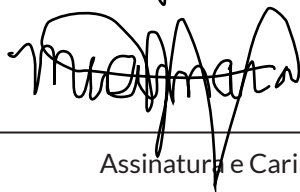
☐ Sofrerei retenção da contribuição previdenciária pelo teto máximo do salário de contribuição da fonte pagadora , inscrita no CNPJ; pelo período de até

Declaro, ainda, estar ciente que sou responsável pela complementação da contribuição até o limite máximo, na hipótese de, por qualquer razão, deixar de receber remuneração ou receber remuneração inferior à indicada nesta declaração.

A presente declaração, ao qual mantereí uma cópia em meu poder juntamente com os comprovantes de pagamento para apresentação ao INSS quando solicitado, está em conformidade com o disposto no inciso II e parágrafos 1º e 2º do art. 24 da Instrução Normativa INSS/DC nº 89 de 11 de junho de 2003, alterada pela Instrução Normativa RFB de 13 de novembro de 2009.

Por ser verdade, firmo a presente declaração, ficando sob minha responsabilidade qualquer sanção imposta pela Auditoria Fiscal do INSS decorrente de seus efeitos.

Campo Mourão PR, 08 de junho de 2024.



Dra. Thayene Amaral
CROPR32.542
clínico geral

Assinatura e Carimbo