

DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Ana Paula C. da Silveira, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 50.662, portador(a) do CPF nº 156.628.487-26 e registrado(a) no PIS/PASEP declaro, sob as penas da lei, que:

- Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 166,98 sobre a remuneração de R\$ 1.513,00 para a competência 01/08/2025 - 31/08/2025 da fonte pagadora Ana Paula C. da Silveira (Pessoal fixo), inscrita no CNPJ 156.628.487-26; ou
- Sofrerei retenção da contribuição previdenciária no valor fixo de R\$ sobre a remuneração de R\$ da fonte pagadora, inscrita no CNPJ : pelo período de até; 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 manterei 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.

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2025.

Ana Paula C. da Silveira
Assinatura e Carimbo