

DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Edineide queiroz de Melo, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 22480 SC, portador(a) do CPF nº 08932738483 e registrado(a) no PIS/PASEP declaro, sob as penas da lei, que:

- ☒ Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 628,75 sobre a remuneração de R\$ 3.156,53 para a competência 11/2025 da fonte pagadora Uniodonto santa catarina , inscrita no CNPJ 75.342.295/0001-83; 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 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.

..... Blumenau , 03 de Dezembro de 20 25

Dra. Edineide Q. Melo
Clínica Dentária
CRO-SC/22480

Assinatura e Carimbo