



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 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.

Blumenau , **03** de **Dezembro** de **20 25**

Dra. **Edineide Q. Melo**
Clínica Odontológica
CRO-SC 22480

Assinatura e Carimbo