

Declaração de Recolhimento de INSS

Eu, Anna Karla Santos Mafra Oliveira Benicio, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 15871, portador(a) do CPF nº 85882960550 e registrado(a) no PIS/PASEP 14303339632 declaro, sob as penas da lei, que

- sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 825,82 sobre a remuneração de R\$ 13551,70 para a competência janeiro 2024 da fonte pagadora ODONTOPREV SA, inscrita no CNPJ 58.119.199/0001-51; ou
- sofrerei retenção da contribuição previdenciária no valor fixo de R\$ 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 ODONTOPREV SA, inscrita no CNPJ 58.119.199/0001-51 pelo período de janeiro 2024 até dezembro 2024.

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.

Vitória da Conquista BA, 03 de janeiro de 2024.



Anna Karla S. Mafra
Cirurgiã-Dentista
CRM-BA:15871

Assinatura e Carimbo