

Sobre Recolhimento do INSS

É obrigação da empresa recolher a previdência social dos seus prestadores de serviço Pessoa Física, na condição de prestadores de serviço Autônomo. O valor da retenção será a correspondência de 11% da sua produção de guias.

O prestador pode deixar de recolher o INSS, ou diminuir esse valor quando já faz o recolhimento seja pelo teto, ou por menor valor, em outras empresas que possua vínculo empregatício, pró-labore ou prestação de serviço.

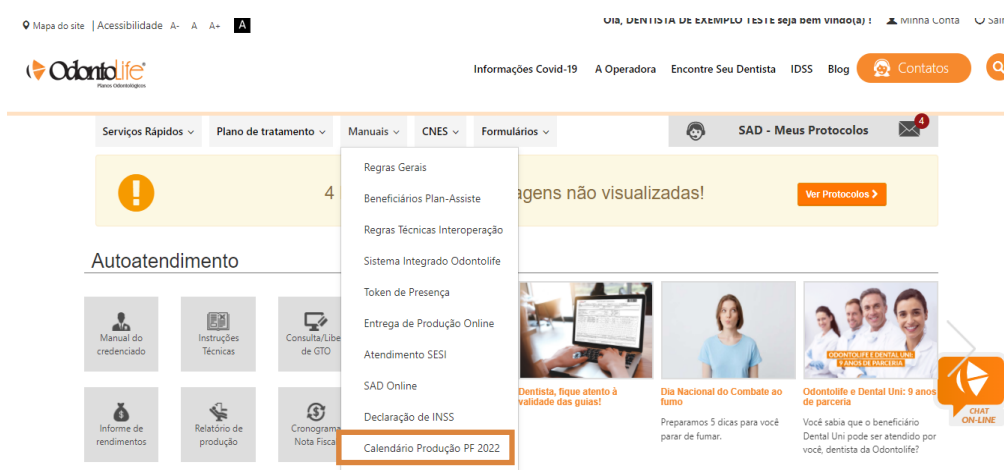
Para que o mesmo se valha dessa isenção ou complemento do INSS o prestador deverá preencher a declaração de INSS padrão e enviar **MENSALMENTE** á ODONTOLIFE junto com o holerite/comprovante de rendimento das outras fontes para fins de comprovação de vínculo e valor de remuneração utilizada para esse abatimento.

Importante: Para validação e envio do E-Social, é importante que informação seja completa e atualizada (Remuneração Base da Contribuição e valor já descontado de INSS).

Junto à comprovação, deve ser enviada a Declaração de Recolhimento do INSS por meio do canal de atendimento SAD – Meus Protocolos.

Importante: O envio deve ser baseado conforme datas que constam no Cronograma de Produção Anual.

É possível encontrar a **Declaração de INSS** tanto no campo de **Manuais**, quanto no campo de **Formulários**.





DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, _____, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº _____, portador(a) do CPF nº _____ 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\$ _____ 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.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura e Carimbo

Importante:

*Preenchimento da declaração deverá ser completo no modelo.

**O preenchimento do formulário deve ser realizado anualmente para contribuição fixa.

*** Para comprovação de INSS variável – o formulário deve ser encaminhado a Odontolife (por protocolo) até o dia 10 de cada mês. Caso o documento não seja apresentado até a data informada (10 de cada mês) a Odontolife realizará as retenções tributárias conforme legislação vigente.