

DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Irgleidss da S. P. Pereira, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia,
sob nº 8647, portador(a) do CPF nº 066.708.174-79 e registrado(a) no PIS/PASEP declaro,
sob as penas da lei, que:

- ☒ Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 21,54 sobre a remuneração de
R\$ 326,47 para a competência Outubro/2025 da fonte pagadora Lul
America Companhia de Seguro Saúde, inscrita no CNPJ 016.85653000156; 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.

Mês bagas, 03 de novembro de 2025.

Irgleidss da S. P. Pereira
Assinatura e Carimbo

Dra. Irgleidss da S. P. Pereira
Cirurgiã Dentista
(RO- MS 8647)

DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Inglêdisa da Silva Pereira Pereira, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia,
sob nº 8644, portador(a) do CPF nº 066.708.174-75 e registrado(a) no PIS/PASEP declaro,
sob as penas da lei, que:

- ☒ Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 40,17 sobre a remuneração de
R\$ 200,87 para a competência outubro/2025 da fonte pagadora Uniodonto
Mato Grosso do Sul, inscrita no CNPJ 03.511.888/0001-15, 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.

Três Lagoas, 03 de novembro de 2025.

Inglêdisa da S.P. Pereira
Assinatura e Carimbo

Dra. Inglêdisa da S. P. Pereira
Cirurgiã Dentista
(RO-MS 8647)

Comprovante de INSS

Declaramos para os devidos fins que foi descontado no mês de competência Outubro/2025 do cooperado(a) IRGLEIDSSA DA SILVA PEIXOTO PEREIRA e, de PISPASEP nº. 26715068095 o valor de 40,17 (QUARENTA REAIS E DEZESSETE CENTAVOS), para efeito de recolhimento de INSS, conforme Medida Provisória 83/2002 e respectiva instrução normativa.

Valor base de INSS R\$ 200,87
(DUZENTOS REAIS E OITENTA E SETE CENTAVOS)

Composição da Base de cálculo do INSS:

Descrição	Valor Base	Valor Recolhido
Base/Valor INSS	R\$ 200,87	R\$ 40,17

Outras fontes pagadoras

NÃO HÁ OUTRAS FONTES PAGADORAS

Prezado(a) Cooperado(a)

Lembramos que a data para entrega da comprovação de retenção de INSS de outras pessoas juridicas será de acordo com a programação anual encaminhada pela Diretoria.

A DIRETORIA

SulAmérica

RECIBO DE PAGAMENTO

Número: 37154-5/2.007

Emissão: 31/10/2025

IDENTIFICAÇÃO DO FAVORECIDO

Nome: IRGLEIDSSA DA SILVA PEIXOTO PEREIRA
CPF/CNPJ: 06670817479
Endereço: AVENIDA DR ELOY MIRANDA CHAVES, 956 SALA 14
Inscrição INSS: 26715068095
No Dependentes:
Inscrição RG:
Inscrição PIS: 4570278

DISCRIMINAÇÃO

Recebi da Sul América Companhia de Seguro Saúde - Rio de Janeiro, CNPJ 01685053000156, referente a SERVIÇOS PRESTADOS, a importância de R\$ 304,93 (TREZENTOS E QUATRO E 93 / 100).

31 de outubro de 2025

ASSINATURA

DETALHAMENTO DOS VALORES

Demonstrativo de Imposto de Renda no Mês:	
Valor Acumulado:	R\$ 326,47
Valor do Serviço Prestado:	R\$ 326,47
Total Pagamentos:	R\$ 326,47
Valor Líquido:	R\$ 0,00
Outras Deduções Base Cálculo IR:	R\$ 0,00
Impostos no pagamento:	
Retenção de IRRF:	R\$ 0,00
Retenção de INSS-MP83:	R\$ 21,54
Retenção Pis/Cofins/Csll:	R\$ 0,00
Total:	R\$ 21,54
Pagamento:	
Valor Liquido:	R\$ 304,93