

**DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS**

Eu, Irgleidss da S.P. Pereira, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 08647, 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\$ 326,43 para a competência outubro/2025 da fonte pagadora lul American Companhia de Seguro Saúde, inscrita no CNPJ 016.850.530.001-56; 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.

9/11/2025, 03 de novembro de 2025.

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

Irgleidss da S.P. Pereira

Assinatura e Carimbo

## DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Ingridre da S.P. Perere Peire, 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\$ 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 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.

Ingridre , 03 de novembro de 2025

Dra. Ingridre da S. P. Perere  
Cirurgião Dentista  
(RO-MS 8647)

Ingridre da S.P. Perere

Assinatura e Carimbo

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:**

<b>Descrição</b>	<b>Valor Base</b>	<b>Valor Recolhido</b>
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 jurídicas será de acordo com a programação anual encaminhada pela Diretoria.

**A DIRETORIA**



## 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 Líquido:	R\$ 304,93
----------------	------------