

## DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Emylée Landryne Barbosa Silva Macário, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 05957, portador(a) do CPF nº 059.611.521-03 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 MEI - Emylée Landryne Barbosa Silva Macário, inscrita no CNPJ 59538430/0001-42; pelo período de Agosto até Dezembro.

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.

Emylée - Al, 08 de Agosto de 20 25.

Dra. Emylée Macário  
Cirurgiã-Dentista  
CRCIAL 5957

Assinatura e Carimbo