

DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Emylié Lourdes Barbosa Silveira 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 M.E.T - Emylié Lourdes Barbosa Silveira Macário, inscrita no CNPJ 59558430/0001-42; 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 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.

Moçambique - AL, 09 de Agosto de 2025.

Dra. Emylié Macário
Clínica-Dentista
ODONAL 5957

Assinatura e Carimbo