

DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Fernanda Scherner, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 23104, portador(a) do CPF nº 058.045.173-92 e registrado(a) no PIS/PASEP declaro, sob as penas da lei, que:

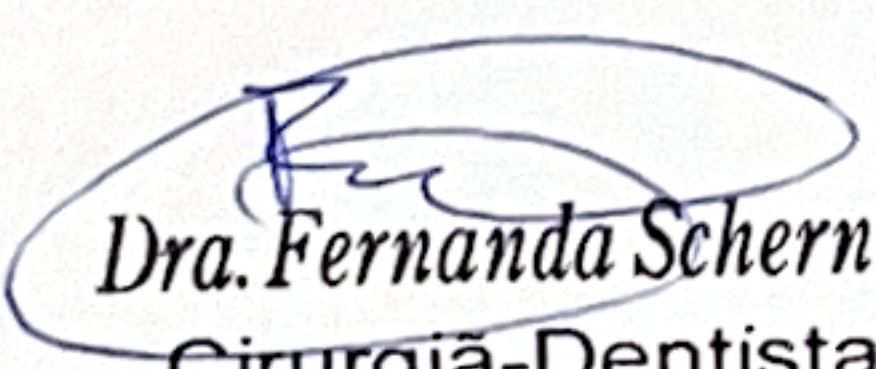
- ☒ Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 1591,24 sobre a remuneração de R\$ 6.677,40 para a competência 11/2025 da fonte pagadora uniodonto de SC, inscrita no CNPJ 02.338.268/0001-63; ou
- ☒ Sofrerei retenção da contribuição previdenciária no valor fixo de R\$ 166,98 sobre a remuneração de R\$ 1518,00 da fonte pagadora, Amor Autêntico Odontológico LTDA, inscrita no CNPJ 54.902.089/0001-00, 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.

Blumenau, 10 de dezembro de 2025.


Dra. Fernanda Scherner
Cirurgiã-Dentista
CRO/SC 23104
Assinatura e Carimbo