

Declaração de Recolhimento de INSS

Eu, Gabriana Fini Adário, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 108.851, portador(a) do CPF nº 395.531.218-61 e registrado(a) no PIS/PASEP 2.687.129.054-9 declaro, sob as penas da lei, que

- ☒ sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 60,98 sobre a remuneração de R\$ 923,98 para a competência maio/2023 da fonte pagadora Netudame Intermédica S.A. inscrita no CNPJ 44.649.812/0001-38; ou
- () sofrerei retenção da contribuição previdenciária no valor fixo de R\$ 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.

Exato André, 26 de maio de 2023.



Dra. Fabiana Fini Adário
Cirurgiã - Dentista
CRO-SP 108.851

Assinatura e Carimbo