

DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Ricardo Bessa Moura Costa, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 6931-DF, portador(a) do CPF nº 079.731.377-60 e registrado(a) no PIS/PASEP declaro, sob as penas da lei, que:

- ☒ Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 275,00 sobre a remuneração de R\$ 2500,00 para a competência 06/2023 da fonte pagadora Cyano Centro Integrado de Saúde e Odontologia, inscrita no CNPJ 41.664.128/0001-37; 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 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.

Brasília, 26 de Julho de 2023.

Ricardo Bessa M. Costa
Classe Dentista
CRO-DF: 6931

Assinatura e Carimbo