

DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Inglêdis da Silva Leixoto Pereira, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia,
sob nº 8647, portador(a) do CPF nº 066.708.174-79 e registrado(a) no PIS/PASEP declaro,
sob as penas da lei, que:

- ☒ Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 143,56 sobre a remuneração de
R\$ 717,82 para a competência 01/09/2025 da fonte pagadora Uniodonto
Matu Grupo do Sul, inscrita no CNPJ 03.511.888/0001-15; 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.

Três Lagoas, 02 de setembro de 2025.

Inglêdis da S.P. Pereira
Assinatura e Carimbo

Dra. Inglêdis da S.P. Pereira
Cirurgiã Dentista
(RO-MS 8647)