

DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Ingrid da Silveira 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 Unimedente mais grupo do Sul, inscrita no CNPJ 03.511.881/0001-15, 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 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.

Ingrid da Silveira Pereira, 02 de dezembro de 2025.

Dra. Ingrid da S. P. Pereira
Cirurgião Dentista
CRM-MS 8647

Ingrid da S.P. Pereira

Assinatura e Carimbo