

Declaração de Recolhimento de INSS

Eu, Ederson Fernandes Machado, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 48438, portador(a) do CPF nº 334.359.527-27 e registrado(a) no PIS/PASEP 33043700624 declaro, sob as penas da lei, que

- () sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ _____ sobre a remuneração de R\$ _____ para a competência _____ da fonte pagadora _____, inscrita no CNPJ _____; 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 Hospital Santa Cecília - HSC, inscrita no CNPJ 07.265515/0001-58 pelo período de Janeiro/24 até Dezembro/24

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.

Ederson Fernandes Machado, 10 de Julho de 2024



Assinatura e Carimbo

Ederson Machado
 Cirurgião Dentista
 CRO-RJ 48431