

Declaração de Recolhimento de INSS

Eu, **Tamara Eduarda Hess Borba**, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº **15531**, portador(a) do CPF nº **080.628.329-70** e registrado(a) no PIS/PASEP **147.29160.27-0** declaro, sob as penas da lei, que

- (x) sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ **154,05** sobre a remuneração de R\$ **1.895,00** para a competência **12/2021** da fonte pagadora **Ana Karina Wensiboski Ferreira**, inscrita no CNPJ **32.026.621/0001-30**, ou

- () sofri 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 **_____**.

- () sofri 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.

Tamara
Assinatura e Carimbo
Tamara E. H. Borba
CRO 15531
Clínico Geral
05 de *Jan* de 2022