

## DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Carla Reis Machado, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 378751MG, portador(a) do CPF nº 08152286605 e registrado(a) no PIS/PASEP 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\$ ..... 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 Uniodonto Regional Cooperativa Odontologica LTDA, inscrita no CNPJ 26.185.199/0001-63, pelo período de Jan/23 até Dez/23

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.

Uberlândia, 04 de maio de 20 23.

  
Assinatura e Carimbo

**Dra. Carla Reis**  
Cirurgiã-Dentista  
CRO-MG 37876