

DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Izumi de Lima Takahashi, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 21590 RJ, portador(a) do CPF nº 034.246.677-14 e registrado(a) no PIS/PASEP declaro, sob as penas da lei, que:

- ☒ Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 108,14 sobre a remuneração de R\$ 983,04 para a competência Agosto/2024 da fonte pagadora Postal SAÚDE CAIXA DE REGIST. E SAÚDE DOS EMPREGADOS DOS CONVEIOS, inscrita no CNPJ 18.275.041/0001-62 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 _____

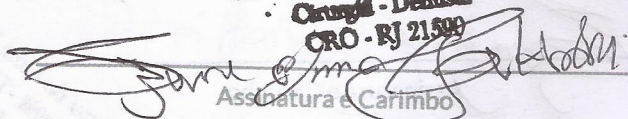
Declaro, ainda, estar ciente que sou responsável pela complementação da contribuição até o limite máximo, na hipótese de, por qualquer razão, deixar de receber remuneração ou receber remuneração inferior à indicada nesta declaração.

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.

Rio de Janeiro 11 de Setembro de 20 24

Dr. Izumi de Lima Takahashi
Cirurgião - Dentista
CRO - RJ 21590


Assinatura e Carimbo