

DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Tatiane Pereira Santana

Eu, , inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia,
sob nº 11326 - GO, portador(a) do CPF nº 019510961-93 e registrado(a) no PIS/PASEP declaro,
sob as penas da lei, que:

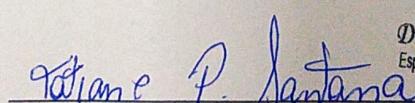
- Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ sobre a remuneração de
R\$ para a competência da fonte pagadora
....., inscrita no CNPJ; ou
- Sofrerei retenção da contribuição previdenciária no valor fixo de R\$ sobre a remuneração
de R\$ da fonte pagadora,
inscrita no CNPJ; pelo período de até; ou
- Sofrerei retenção da contribuição previdenciária pelo teto máximo do salário de contribuição da
fonte pagadora **Uniodonto Goiânia Cooperativa** , inscrita no
CNPJ 00891689/0001-91; pelo período de 01/2025 ate 12/2025 (De Janeiro de 2025 à Dezembro de 2025)

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.

Goiânia , 09 de Abril de 20. 25


Assinatura e Carimbo

Dra. Tatiane Pereira Santana
Especialista em Reabilitação Oral e Endodontia
CRO-GO 11326