

## DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Tatiane Pereira Santana, 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:

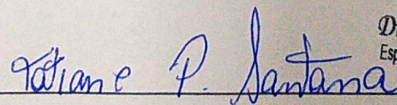
- ☐ Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ ..... sobre a remuneração de R\$ ..... para a competência ..... da fonte pagadora ..... , inscrita no CNPJ .....; ou
- ☐ Sofrerei retenção da contribuição previdenciária no valor fixo de R\$ ..... sobre a remuneração de R\$ ..... da fonte 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 até 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 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.

Goiânia, 09 de Abril de 2025.

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