

Declaração de Recolhimento de INSS

Eu, CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 17333, portador(a) do CPF nº 947 8982-1-00 e registrado(a) no PIS/PASEP 129 23152 31-1 declaro, sob as penas da lei, que

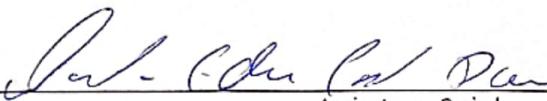
- sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ _____ sobre a remuneração de R\$ _____ para a competência _____ da fonte pagadora _____, inscrita no CNPJ _____; ou
- sofrerei retenção da contribuição previdenciária no valor fixo de R\$ R\$ 353,35 sobre a remuneração de R\$ 1.730,56 da fonte pagadora 00.394.700/0001-08 inscrita no CNPJ SECRET. EST. SAÚDE /DF pelo período de 10/2020 até 10/2020; 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 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 31 de OUTUBRO de 2020.


Assinatura e Carimbo