

**Declaração de Recolhimento de INSS**

Eu, LUCIANA MENGONI LEITE, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 70971, portador(a) do CPF nº 278.472.198-16 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\$ 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 DE CAMPINAS, inscrita no CNPJ 51304798/0001-04 pelo período de JANEIRO até DEZEMBRO

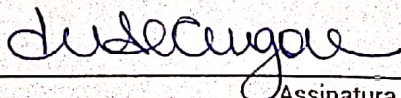
Declaro, ainda, estar ciente que sou responsável pela complementação da contribuição até o limite máximo, na hipótese de, por qualquer razão, deixar de receber remuneração ou receber remuneração inferior à indicada nesta declaração.

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.

SUMARÉ 01 de JANEIRO de 20 21

Dra. Luciana Mengoni  
CRO 70971



Assinatura e Carimbo