

Declaração de Recolhimento de INSS

Eu, Thiago Crispim Moreira, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 32520, portador(a) do CPF nº 08152907995 e registrado(a) no PIS/PASEP 13163917517 declaro, sob as penas da lei, que

- sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 610,71 sobre a remuneração de R\$ 5.552,22 para a competência 03/2023 da fonte pagadora União de Morungua cooperativa Odontolife inscrita no CNPJ 01367538000100; 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 _____, 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.

Florianópolis, 01 de julho de 2023

Dr. Thiago Crispim Moreira
Clínica Geral
CRM/PR 32520
Assinatura e Carimbo