



DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Jhenifer Rodrigues da Silva Jardim, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 129540, portador(a) do CPF nº 445.098.038-77 e registrado(a) no PIS/PASEP declaro, sob as penas da lei, que:

- Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 695,09 sobre a remuneração de R\$ 6135,17 para a competência entidade filantrópica da fonte pagadora Casa de Saúde Santa Marcelina, inscrita no CNPJ 60742616000160; 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 _____, 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.

Suzano, 10 de agosto de 2022.

Dra. Jhenifer Rodrigues
Clirurgiã Dentista
CRO 129540

Assinatura e Carimbo