

DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, RENATA TARDELLI TELES DE OLIVEIRA, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 11211, portador(a) do CPF nº 023.464.241-61 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
- ☒ Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor fixo de R\$ 155,32 sobre a remuneração de R\$ 1.412,00 da fonte pagadora, RENATA TARDELLI TELES DE OLIVEIRA ME inscrita no CNPJ 26.108.371/0001-85, pelo período de 01/05/24 até 31/12/24; ou
- ☐ Sofri 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 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.

BRASILIA-DF, 04 de JUNHO de 2024.



Assinatura e Carimbo

Dra Renata Tardelli Teles de Oliveira
Cirurgiã Dentista
CRO 11211 - DF
CRO 15051 - GO