

Eu, Maria Angela Pereira de Mello Leite, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 13568, portador(a) do CPF nº 83429433720 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\$ 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 Geap Saúde, inscrita no CNPJ 036581432/0001-82; pelo período de maio até dezembro de 2025

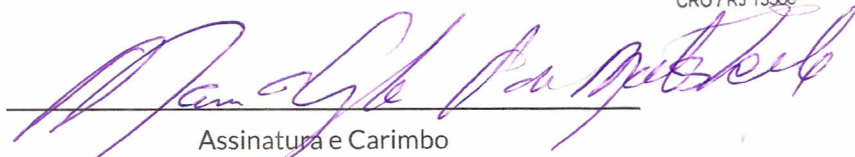
Declaro, ainda, estar ciente que sou responsável pela complementação da contribuição até o limite máximo, na hipótese de, por qualquer razão, deixar de receber remuneração ou receber remuneração inferior à indicada nesta declaração.

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.

Niterói, 02 de maio de 2025.

Maria Angela P. de M. Leite
Cirurgiã Dentista
CRO / RJ 13568


Assinatura e Carimbo