

## DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Luciana Galiza Ferreira Gameiro, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº6234, portador(a) do CPF nº 013.082 144-64 e registrado(a) no PIS/PASEP 1.280.316.244-1 declaro, sob as penas da lei, que:

Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 196,47 sobre a remuneração de R\$ 2 400,00 para a competência abril 2023 da fonte pagadora Fundo Municipal de Saúde de Conde, inscrita no CNPJ 11.570.107/0001-91; ou

Sofrerei retenção da contribuição previdenciária no valor fixo de R\$ 196,47 sobre a remuneração de R\$ 2.400,00 da fonte pagadora, Fundo Municipal de Saúde de Conde inscrita no CNPJ 11.570.107/0001-91, pelo período de abril até dezembro 2023; ou

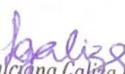
Sofrerei retenção da contribuição previdenciária pelo teto máximo do salário de contribuição da fonte pagadora \_\_\_\_\_, inscrita no  
CNPJ \_\_\_\_\_; pelo período de \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_.

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.

João Pessoa, 03 de maio de 2023.

  
Dra. Luciana Galiza F. Gameiro  
Cirurgiã Dentista  
CRO PB 6234