

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

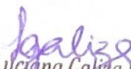
Sofrerei retenção da contribuição previdenciária pelo teto máximo do salário de contribuição da fonte pagadora _____, inscrita no CNPJ _____; pelo período de _____ até _____.

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 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.

João Pessoa, 03 de maio de 2023.


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

Assinatura e Carimbo