

## DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

**GIULIANE DA CRUZ SANTOS**

Eu, ..... , inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia,  
sob nº 142964 , portador(a) do CPF nº 383.813.508-32 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 ..... , 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.

....., ..... de ..... de 20..... .

---

Assinatura e Carimbo