

DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Karina Kiss Sebastião Ferreira, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº, portador(a) do CPF nº 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\$ 45,90 sobre a remuneração de R\$ da fonte pagadora, Karina Kiss Sebastião Ferreira, inscrita no CNPJ 36.615.531/0001-36, pelo período de Jun/25 até Dez/25; ou
- ☐ Sofrerei retenção da contribuição previdenciária pelo teto máximo do salário de contribuição da fonte pagadora inscrita no CNPJ; pelo período de até

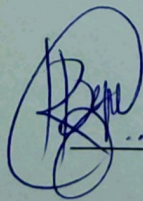
Declaro, ainda, estar ciente que sou responsável pela complementação da contribuição até o limite máximo, na hipótese de, por qualquer razão, deixar de receber remuneração ou receber remuneração inferior à indicada nesta declaração.

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.

Campos

28 de Junho de 20 25



Dra. Karina Kiss Sebastião Ferreira
Ortodontia e Clínica Geral
CROSP 100.598

Assinatura e Carimbo