

## DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Ana Paula Zechetti de Oliveira, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 153.824, portador(a) do CPF nº 264.889.188-93 e registrado(a) no PIS/PASEP declaro, sob as penas da lei, que:

- Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 143,22 sobre a remuneração de R\$ 1502,00 para a competência Abil/2023 da fonte pagadora Clinica Odontologica Ana P.Z. Oliveira inscrita no CNPJ 49.104.307/0001-26
- 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.

Jão Bernardo, 10 de Mais de 2023.

  
Assinatura e Carimbo

Dra. Ana Paula Zechetti de Oliveira  
Cirurgiã Dentista  
CRO: 153.824