

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\$ 1302,00 para a competência abril/2023 da fonte pagadora Clínica Odontológica 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 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.

São Bernardo, 10 de Maio de 2023.


Assinatura e Carimbo

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