

## DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Thayene da Costa Amaral, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 32542, portador(a) do CPF nº 004.826.902-67 e registrado(a) no PIS/PASEP declaro, sob as penas da lei, que:

- ☒ Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 145,20 sobre a remuneração de R\$ 1.320,00 para a competência Dezembro da fonte pagadora MM do Amaral Odontologia, inscrita no CNPJ 51.832.867/0001-44 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 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.

Campo Moura PR, 29 de Janeiro de 2024.



**Dra. Thayene Amaral**  
Cirurgiã Dentista  
CRO/PR 32542

Assinatura e Carimbo