

### Declaração de Recolhimento de INSS

Eu, Karla Mirella Costa da Silva, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 50261-RJ, portador(a) do CPF nº 163.128.257-36 e registrado(a) no PIS/PASEP 207.63770.73-3 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\$ 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 União Odonta de Resende, inscrita no CNPJ 03.150.035/0001-03 pelo período de 01/07/2021 até 30/08/2021.

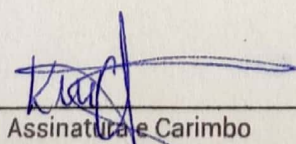
Declaro, ainda, estar ciente que sou responsável pela complementação da contribuição até o limite máximo, na hipótese de, por qualquer razão, deixar de receber remuneração ou receber remuneração inferior à indicada nesta declaração.

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.

Itaboraí, 09 de Agosto de 2021

Dr<sup>a</sup> Karla Mirella C. da Silva  
Cirurgiã - Dentista  
CRORJ 50261

  
Assinatura e Carimbo