

Declaração de Recolhimento de INSS

Eu, Livia de Carvalho Zortea, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob n° 21772, portador(a) do CPF n° 016.000.810-70, registrado(a) no PIS/PASEP 129 66 20871-8 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
- ☒ (X) sofrerei retenção da contribuição previdenciária no valor fixo de R\$ R\$ 121,00 (1111) sobre a remuneração de R\$ 1212,00 da fonte pagadora Contribuinte Individual Autônoma inscrita no CNPJ CPF: 016.000.810-70 pelo período de junho até dezembro 2022 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 mantere 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.

TORRES, 20 de junho de 20 22

Livia Zortea

Dra. Livia de Carvalho Zortea
Cirurgiã-Dentista
CRO-RS 21772

Assinatura e Carimbo