

## Declaração de Recolhimento de INSS

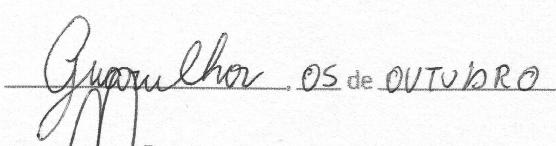
Eu, Ademilton José Domingos, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 123.037, portador(a) do CPF nº 29440515805 e registrado(a) no PIS/PASEP 012885554934 declaro, sob as penas da lei, que

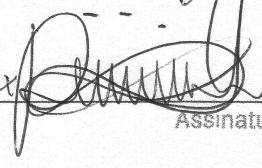
- sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 428,97 sobre a remuneração de R\$ 4.126,42 para a competência OUTUBRO da fonte pagadora SPDM - HOSP. GERAL PROF DR. WALDEMAR C.P. FILHO inscrita no CNPJ de 61.699.567/0052-32; ou
- sofrerei retenção da contribuição previdenciária no valor 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 \_\_\_\_\_, 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.

  
Dr. Ademilton Domingos  
CRO-SP 123.037  
Cirurgião Dentista

  
Assinatura e Carimbo