

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

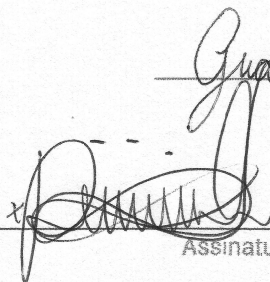
- ☒ (X) sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 428,97 sobre a remuneração de R\$ 4.126,42 para a competência OUTUBRO da fonte pagadora SPDM - HOSP. GERAL PROF DR. WALDEMAR C.P. FILHO inscrita no CNPJ de 01.699.567/0052 ou - 32
- ☐ () sofrerei retenção da contribuição previdenciária no valor fixo de R\$ R\$ _____ sobre a remuneração de R\$ _____ da fonte pagadora _____ inscrita no CNPJ _____ pelo período de _____ até _____;
- ☐ () 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.

Guarulhos, 05 de OUTUBRO de 2021



Dr Ademilton Domingos
CRO-SP 123.037
Cirurgião Dentista

Assinatura e Carimbo