



## DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Allencar Cardoso Oliveira Júnior, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 24.080, portador(a) do CPF nº 705.160.931-93 e registrado(a) no PIS/PASEP 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\$ 897,31 sobre a remuneração de R\$ ..... da fonte pagadora, IPARV inscrita no CNPJ 06.052.569/0001-87; pelo período de 2025 até 2026; 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.

Allencar Cardoso Oliveira Júnior, 12 de Junho de 2025.

Dr. Allencar Cardoso Oliveira Júnior

Cirurgião Dentista

CRO-GO 24080

Assinatura e Carimbo