

DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Dra. Caroline Teloso Lobo, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 158323, portador(a) do CPF nº 446.060.128-11 e registrado(a) no PIS/PASEP declaro, sob as penas da lei, que:

- ☒ Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 99,01 sobre a remuneração de R\$ 1165,07 para a competência 04 julho/2023 da fonte pagadora UNIODONTO SJC, inscrita no CNPJ 73.162.76/0001-77; ou
- ☐ Sofrerei retenção da contribuição previdenciária no valor fixo de 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 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.

São José dos Campos, 04 de agosto de 2023.

Dra. Caroline Lobo
Cirurgiã Dentista
CRO/SP: 158323

Dra. Caroline Teloso Lobo
Assinatura e Carimbo