

DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Cu. Roseli D.R. Bernardi, inscrita(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 20658156, portador(a) do CPF nº 038.359.889-30 e registrado(a) no PIS/PASEP declaro, sob as penas da lei, que:

☒ Sou responsável pela contribuição previdenciária no valor de R\$ 331,00 sobre a remuneração de R\$ 2.100,00 para a competência 12/2023 da fonte pagadora Roseli D.R. Bernardi inscrita no CNPJ 47.404.420/0001-05.

☐ Sou responsável pela contribuição previdenciária no valor fixo de R\$ _____ sobre a remuneração de R\$ _____ da fonte pagadora, inscrita no CNPJ _____, pelo período de _____ até _____, ou _____.

☐ Sou responsável pela 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.



Assinatura e Carimbo

Conferido, 10 de Junho de 2023