

## DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Tatiane Pereira Santana

Eu, ..... , inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 11326 - GO, portador(a) do CPF nº 019510961-93 ..... e registrado(a) no PIS/PASEP declaro, sob as penas da lei, que:

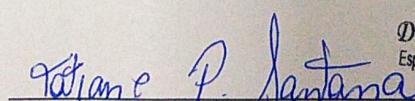
- Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ ..... sobre a remuneração de R\$ ..... para a competência ..... da fonte pagadora ..... , inscrita no CNPJ ..... ; ou
- Sofrerei retenção da contribuição previdenciária no valor fixo de R\$ ..... sobre a remuneração de R\$ ..... da fonte pagadora, ..... inscrita no CNPJ ..... ; pelo período de ..... até ..... ; ou
- Sofrerei retenção da contribuição previdenciária pelo teto máximo do salário de contribuição da fonte pagadora ..... **Uniodonto Goiânia Cooperativa** , inscrita no CNPJ ..... 00891689/0001-91 ..... ; pelo período de 01/2025 ate 12/2025 (De Janeiro de 2025 à Dezembro de 2025)

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.

Goiânia , 05 de Novembro de 2025

  
Dra. Tatiane Pereira Santana  
Especialista em Reabilitação Oral e Endodontia  
CRO-GO 11326

Assinatura e Carimbo