

## DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Leila Rosa Mendes, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 19151, portador(a) do CPF nº 964.004.201.37 e registrado(a) no PIS/PASEP declaro, sob as penas da lei, que:

- Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 916,37 sobre a remuneração de R\$ 3.785,19 para a competência ..... da fonte pagadora F.W.S.  
Fundo Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ 04.786.328/0001-36; 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 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.

Brasília 10 F 31 de Março de 2023.

Dra. Leila Rosa Mendes  
Cirurgiã Dentista  
  
CRO DF-14251  
CRO GO-19151

Assinatura e Carimbo