

DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, José Micael Xavier de Oliveira, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 159156, portador(a) do CPF nº 053.756.173-07 e registrado(a) no PIS/PASEP declaro, sob as penas da lei, que:

- ☒ Sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 664,63 sobre a remuneração de R\$ 8.939,19 para a competência 03/2024 da fonte pagadora TAM Lozinhos Aíguas S/A, inscrita no CNPJ 02.012.862/0002-12; 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 Paulo do Sul, 10 de abril de 2024.

Dr. Micael Oliveira
Cirurgião-Dentista
CRO-SP 159156

Assinatura e Carimbo