

Declaração de Recolhimento de INSS

Eu, Júlio César Braga Mendonça Silva, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 58.126, portador(a) do CPF nº 124.632.296-08 e registrado(a) no PIS/PASEP 207.60848.90-9 declaro, sob as penas da lei, que

- ☒ (x) sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ R\$260,40 sobre a remuneração de R\$ R\$1302,00 para a competência 02/2023 da fonte pagadora 1007 - Contribuinte individual, inscrita no CNPJ _____; ou
- ☐ () sofrerei retenção da contribuição previdenciária no valor fixo de R\$ 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.

_____ Varginha, 13 de Fevereiro de 2023.

Júlio César Braga M. Silva
Assinatura e Carimbo

Dr. Julio César Braga
CIRURGIÃO - DENTISTA
CRO-MG: 58126