

Declaração de Recolhimento de INSS

Eu, Shirley Coelho Amalva, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob n° 19918, portador(a) do CPF n° 018284097 e registrado(a) no PIS/PASEP _____ declaro, sob as penas da lei, que

- ☒ sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 721,61 sobre a remuneração de R\$ 6588,62 para a competência _____ da fonte pagadora VIVA RIO, inscrita no CNPJ 00343941/0001-28
- () 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 mantere 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.

_____22 de Mar de 2024

Shirley Coelho Amalva
Assinatura e Carimbo

Dr. Shirley C. G.
Cirurgiã - Dent.
CRM - RJ 19918

Dr. Shirley C.
Cirurgiã - Dent.
CRM - RJ 19918