

**Declaração de Recolhimento de INSS**

Eu, FELICIANA FARIA COULTO, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 16950, portador(a) do CPF nº 676289406-25 registrado(a) no PIS/PASEP 11411764441 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\$ 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 PREFEITURA MUNICIPAL NOVA LIMA, inscrita no CNPJ 22934889/0001-17 pelo período de Janeiro até Dezembro 2021

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.

NOVA LIMA 23 de fevereiro de 2021

Dra. Feliciane Faria Couto  
Cirurgiã Dentista  
CRM nº 16950  
Assinatura e Carimbo