

Declaração de Recolhimento de INSS

Eu, Ademilton José Domingos, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 123037, portador(a) do CPF nº 29440513805 e registrado(a) no PIS/PASEP 012885554934 declaro, sob as penas da lei, que

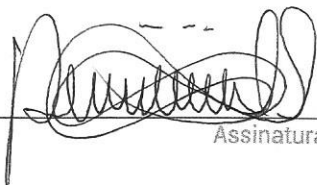
- ☒ sofri retenção da contribuição previdenciária no valor de R\$ 368,22 sobre a remuneração de R\$ 3.637,82 para a competência Setembro/2020 da fonte pagadora SPDM-HOSP GERAL PROF DR WALDEMAR C.P.FILHO de GUARULHOS inscrita no CNPJ 6L-699.567/0052-32; ou
- ☐ sofrerei retenção da contribuição previdenciária 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.

GUARULHOS, 09 de setembro de 2020



Dr Ademilton Domingos
CRO-SP 123.037
Cirurgião Dentista

Assinatura e Carimbo