

DECLARAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE INSS

Eu, Emmylce Caroline Barbosa Silva Macário, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia, sob nº 05957, portador(a) do CPF nº 059.811.521-03 e registrado(a) no PIS/PASEP 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\$ _____ 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 ME I - Emmylce Caroline Barbosa Silva Macário, inscrita no CNPJ 59518430/0001-42; pelo período de junho até 31 de julho.

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.

Emmylce - Al, 10 de Setembro de 20 26.

Dra. Emmylce Macário
Cirurgiã-Dentista
CRO/AL 5957
Assinatura e Carimbo