Brasília – DF, 14/01/2022

Aos Credenciados Unafisco Saúde – Pessoa Física

**Assunto:** Envio de Declaração de INSS retido por outras Fontes Pagadoras

Prezado Credenciado,

Devido à chegada do ano de 2022, a Declaração de INSS retido por outras Fontes precisa ser atualizada em nosso sistema para que não haja nenhuma inconsistência em vossos pagamentos. Solicitamos aos senhores (caso ainda não tenham enviado) que nos enviem essa Declaração via portal do credenciado, conforme instruções abaixo:

|  |
| --- |
| **1.** Acesse o site [www.unafiscosaude.org.br](http://www.unafiscosaude.org.br); **1.1**- Credenciados 🡪 Prestador Médico/Odontológico, você será direcionado para o portal do credenciado; **1.2**- Portal do Credenciado: Clique em **REGISTRO DE SOLICITAÇÃO**, selecione o assunto Declaração de INSS.Usuário e senha: CPF (sem caracteres especiais) |

Com essa medida, ficará tudo registrado sob um nº de protocolo, o que garante o recebimento desse importante documento.

Essa Declaração serve para que o teto do INSS, retido na prestação dos serviços do mês, seja respeitado. Sem ela, nós do Unafisco Saúde não saberemos o valor do INSS retido por outras Fontes, o que pode ocasionar recolhimento indevido do referido tributo, reduzindo-se assim o valor a pagar ao credenciado.

Sendo assim, as solicitações de revisão de retenções indevidas de INSS só serão aceitas, caso exista um número de protocolo de entrega da referida Declaração.

Tal Declaração é regida pelo art. 67, inciso I, da Instrução Normativa RFB nº 971, de 13 de novembro de 2009, e as informações presentes nela são de inteira responsabilidade do CREDENCIADO.

Nas páginas seguintes (anexo I e anexo II), segue modelo de Declaração e orientações para o seu preenchimento.

Em nome da nossa parceria, desde já agradecemos e contamos com vossa colaboração para que ambas as partes sejam beneficiadas.

**ANEXO I**

**DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA - INSS**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE** |
| **SEGURADO (NOME):**  |  |
| **CPF:** |  | **Cód. Credenciado:** |  | **CNES:** |  |
| **DESTINATÁRIO:** | **SIND. DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL – UNAFISCO SAÚDE** | **CNPJ:** | **03.657.699/0001-55** |
| **Endereço comercial:**  |  |
| **Bairro:**  |  | **Município/UF:** |  | **CEP:** |  |
| **Telefone(s):** | ( ) | **Celular:**  | ( ) |
| **Nº NIT:**  |  | **Nº INSS:**  |  | **PIS:** |  |
| **Data Nascimento:**  |  | **RG (Identidade):** |  |

Declaro, sob as penas legais, a ordem de precedência e as remunerações que foram ou serão tributadas em outras empresas, que devem ser observadas para fins de desconto de minha contribuição à seguridade social, na forma prevista no § 1º do art. 64 da Instrução Normativa RFB nº 971, de 13 de novembro de 2009:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ORDEM** | **CNPJ/CPF** | **CATEGORIA** | **REMUNERAÇÃO** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

Relativamente à competência de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ou ao período de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A remuneração tributada em outras empresas atingiu o limite máximo do Salário de Contribuição?

( ) Sim ( ) Não

Declaro ainda estar ciente de que fico responsável:

1. Por informar ao Unafisco Saúde, na hipótese de a empresa responsável pelo recolhimento do INSS realizar a retenção inferior à indicada nesta declaração.
2. 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, da qual manterei uma cópia em meu poder juntamente com os comprovantes de pagamento para apresentação ao INSS quando solicitado, está em conformidade com o disposto no Anexo XXI da Instrução Normativa nº 971 da 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 202\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carimbo, Assinatura e CPF do Credenciado

