D E C L A R A Ç Ã O

Declaro para os fins previstos no Decreto MPS n.º 4.729/2003 (**DOU** de 10/06/03), art. 216, item XII, §§ 29, 30 e 31, que a empresa:

Nome empresa:					
Endereço:					
Bairro:		**Município/UF:**		**CEP:**	
CNPJ:		**Insc. Estadual:**		**Insc. Municipal:**	

é a única fonte jurídica indicada a efetuar a retenção da Contribuição Previdenciária incidente sobre os meus rendimentos, em conformidade com a Medida Provisória n.º 83/2002, convertida na Lei 10.666/2003 e com a Instrução Normativa INSS/DC n.º 03/2005.

Declaro ainda que, na hipótese de não existência de recebimento de rendimentos, ou em caso dos meus rendimentos não atingirem o teto do Salário de Contribuição Previdenciário previsto em legislação, COMPROMETO-ME a recolher a contribuição correspondente ao INSS por vias próprias, ficando as demais fontes pagadoras isentas de quaisquer obrigações acessórias enquanto perdurar a vigência desta declaração.

Declaro ciência de que ao término da vigência desta declaração, a fonte pagadora efetuará os descontos previdenciários previstos em lei, caso não haja formalização de minha parte.

Esta declaração é válida até o término do **Exercício Social de 2018,** com início de vigência a partir do recebimento desta na sede da Operadora de Plano de Saúde.

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE					
Nome:					
Cód. Credenciado:		**CPF:**		**CNES:**	
Endereço comercial:					
Bairro:		**Município/UF:**		**CEP:**	
Telefone(s):				**Celular:**	
Nº. NIT:		**Nº INSS:**		**PIS:**	
Data Nascimento:		**RG (Identidade):**			

_____, _____, _____ de _____ de 20 .
(Cidade) (UF)

_____
Carimbo e Assinatura do Credenciado