

## DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA - INSS

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):		

Declaro, sob as penas de lei, que presto serviços para outra fonte pagadora identificada abaixo, a qual efetua retenção para o INSS.

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

Vínculo do contrato com a empresa acima informada:

<input type="checkbox"/>	701 – Contribuinte individual (autônomo)
<input type="checkbox"/>	101 – CLT
<input type="checkbox"/>	Outro:

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

( ) efetuará a retenção e o recolhimento da contribuição previdenciária incidente sobre o valor máximo do salário-contribuição.

Declaro, ainda, estar ciente que fico responsável:

- Por informar ao Unafisco Saúde, na hipótese da empresa responsável pelo recolhimento do INSS realizar a retenção inferior à indicada nesta declaração.
- 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 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 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura do Credenciado