



HOSPITAL
ADVENTISTA
DO PÊNFIGO
Salvar é a nossa natureza

Rua Barão do Rio Branco, 2590, Centro - Campo Grande / MS - CEP 79002-172 – Telefone: (67) 3323-2000

DECLARAÇÃO PARA RECOLHIMENTOS DE ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS

Eu, _____, brasileiro (a), médico (a), nascido em _____, devidamente registrado no CRM/MS sob o nº _____, portador do CPF nº _____ e da Inscrição do INSS nº _____, com endereço residencial na _____, nº _____, Bairro _____, CEP _____, na cidade de _____, Estado do Mato Grosso do Sul, declaro sob as penas da lei e para fins da Legislação Previdenciária, conforme determina a Lei nº 10.666/03 e a Instrução Normativa nº 971/09 que:

Submeto-me a retenção mensal pela:

Empresa: _____

CNPJ/MF nº _____

Rua _____, **nº** _____, **Bairro** _____

Cidade: _____

Com remuneração fixa mensal de R\$ _____

Com a retenção de INSS mensal de R\$ _____

Sob código da categoria do trabalhador no e-Social _____

Com vigência do mês de preenchimento desta declaração à dezembro de 2021.

Inscrição Municipal: _____.

Caso a remuneração citada acima não atinja o teto vigente do INSS, a diferença será recolhida no Hospital Adventista do Pênfigo de acordo com a legislação vigente, relativo a contribuição previdenciária prevista no Ato Declaratório Interpretativo RFB nº 5 de 25/05/2015.

Declaro ainda, que na hipótese de deixar de receber a remuneração ou receber remuneração inferior ao limite máximo do salário de contribuição, comprometo-me em recolher o valor complementar ao INSS, conforme estabelecido na legislação vigente.

Por fim, declaro que, ocorrendo qualquer alteração na contribuição, bem como ausência de recolhimento complementar, estarei comunicando essa Cooperativa em tempo hábil para providências. Estando ciente que as consequências pela não comunicação ora prevista serão de minha inteira responsabilidade.

Campo Grande-MS, ____ de _____ no ano de _____

Assinatura: _____