



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 \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, devidamente registrado no CRM/MS sob o nº \_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_ e da Inscrição do INSS nº \_\_\_\_\_, com endereço residencial \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, Estado do Mato Grosso do Sul, declaro sob as penas da lei e para fins da Legislação Previdenciária, que estou dispensado (a) da retenção conforme determina a Lei nº 10.666/03 e a Instrução Normativa nº 971/09, vez que: Submeto-me a retenção mensal sobre o teto vigente pela empresa \_\_\_\_\_, CNPJ/MF nº \_\_\_\_\_, situada a Rua \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, Campo Grande - MS, CEP \_\_\_\_\_. Sob código da categoria do trabalhador no e-Social \_\_\_\_\_, com a retenção mensal de INSS no valor de R\$ \_\_\_\_\_ com vigência do mês de preenchimento desta declaração à dezembro de 2021.

Declaro ainda, que na hipótese de, por qualquer razão, 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, estarei comunicando essa Empresa em tempo hábil para providências, estando ciente que as consequências pela não comunicação ora prevista serão de minha inteira responsabilidade.  
ISS/PF: \_\_\_\_\_.

Campo Grande - MS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ no ano de \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_