



DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA

EU, _____ (nacionalidade) _____

Estado civil) _____ (profissão) _____

CPF _____ INSS(NIT)n° _____

Endereço _____

Email _____ Fone: _____ Fax _____

DECLARAÇÃO SOB AS PENAS DA LEI QUE A EMPRESA ABAIXO IDENTIFICADA:

(nome da empresa) _____

CNPJ _____ Endereço _____

Cidade _____ CEP _____ Estado _____ PASSARÁ

A RETER 11% (ONZE POR CENTO) SOBRE MEUS SERVIÇOS PRESTADOS A TÍTULO DE INSS ATÉ O LIMITE MAXIMO DE CONTRIBUIÇÃO NO PERÍODO DE ___/___/_____ A ___/___/_____. Na hipótese de, por qualquer razão, deixar de receber a receita ou recebê-la inferior ao limite máximo de valor da tabela de contribuição, me comprometo em recolher o valor complementar ao INSS, conforme estabelecido na Lei nº 10.666/03, Decreto nº 4.729 de 09/06/2003 nas Instruções Normativas nº 89, de 11 de junho de 2003 e nº 100 de 18 de dezembro de 2003 e inciso I, do art. 91 da Instrução Normativa MPS/SRP N°3 de 14 de julho de 2005 e toda legislação posterior referente ao recolhimento das contribuições do segurado contribuinte individual.

Goiânia, ___ de _____ de _____.

Atenciosamente,

Carimbo/assinatura do profissional

