



## 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 MÁXIMO DE CONTRIBUIÇÃO NO PERÍODO DE 01/01/2025 A 31/12/2025. 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, 01 de Janeiro de 2025.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_

