Declaração de Contribuição Previdenciária

(Na Fonte Unimed Itaúna)

Itaúna – MG, 08 de janeiro de 2024.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , brasileiro, médico, portador do **CPF n.º**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** inscrito no **CRM sob o n.º** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e junto ao **INSS sob o n.º\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Declaro sob as penas da lei, que a **UNIMED ITAÚNA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA*,*** inscrita no **CNPJ 71.063.853/0001-10,** situada à Rua Antonio de Matos, 146, Centro em Itaúna/MG**, Código da categoria do e-social** 731, está autorizada a reter sobre a minha remuneração, a título de INSS, até o limite máximo de contribuição para a Previdência Social, para as competências de ***Janeiro de 2024 a Dezembro de 2024.***

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 em Lei nº 10.666 e IN 89 de 11/06/2003.

Assinatura do Profissional (sob carimbo CRM)