

À Unimed de São João Del Rei Cooperativa de Trabalho médico:

Declaro, sob as penas de lei, que presto serviços para outra fonte pagadora identificada abaixo, a qual efetua retenção para o INSS.

Empresa: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Vínculo do contrato com a empresa acima informada:

- ☐ CLT/Servidor Publico
- ☐ Pró Labore / Diretor
- ☐ Contribuinte Individual - Autônomo/Cooperado

Relativamente à competência de \_\_\_\_\_, ou ao período de \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_.

Com o salário-contribuição de R\$ \_\_\_\_\_ e retenção de R\$ \_\_\_\_\_.

Declaro, ainda, estar ciente que fico responsável:

- a) Por informar a Unimed, na hipótese da empresa responsável pelo recolhimento do INSS realizar a retenção inferior à indicada nesta declaração.
- b) Pela complementação da contribuição até o limite máximo, na hipótese de, por qualquer razão, deixar de receber remuneração ou receber remuneração inferior à indicada nesta declaração.
- c) Pela **fiscalização**, se os valores informados foram corretamente considerados em minha produção na cooperativa e informar ao setor responsável qualquer **divergência até o dia 15 do mês subsequente** à produção.

A presente declaração, ao qual mantereí uma cópia em meu poder juntamente com os comprovantes de pagamento para apresentação ao INSS quando solicitado, está em conformidade com o disposto no inciso II e parágrafos 1º e 2º do art. 24 da Instrução Normativa INSS/DC nº 89 de 11 de junho de 2003, alterada pela Instrução Normativa 971 da RFB de 13 de novembro de 2009.

Por ser verdade, firmo a presente declaração, ficando sob minha responsabilidade qualquer sanção imposta pela Auditoria Fiscal do INSS decorrente de seus efeitos.

São João del Rei, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026

Assinatura \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF.: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_