

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
- Pró Labore / Diretor
- Contribuinte Individual - Autônomo / Cooperado

Relativamente à competência de _____, ou ao período de _____ até _____.

Com o valor mensal 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 2023

Assinatura _____

Nome: _____

INSS: _____

CPF.: _____

CRM: _____