

DECLARAÇÃO

À Empresa: FUNDO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA.

Declaro através desta, que o desconto de minha contribuição previdenciária como segurado contribuinte individual do Instituto Nacional de Seguro Social – INSS, no período de _____ a _____ de 20____, será efetuado sobre o valor do teto máximo de Salário de Contribuição do INSS pela seguinte fonte pagadora:

Nome da Empresa: _____

CNPJ: _____

Declaro, ainda estar ciente que a complementação da contribuição até o limite do Salário de Contribuição, estará sob minha responsabilidade, na hipótese de que não venha atingir o teto máximo previsto para o período vigente da declaração.

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 nos art. 64 e 67 da Instrução Normativa RFB nº 971 de 13 de novembro de 2009, publicada no DOU de 17 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.

Londrina, ____/____/____.

Assinatura e Carimbo _____

Nome: _____

Inscrição no INSS (PIS): _____

CPF: _____

Registro Profissional: _____

