



**DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA PARA EFEITO DE EXONERAÇÃO DA OBRIGAÇÃO DE
RECOLHIMENTO**

Em conformidade com o que determina a Lei nº. 10.666/03 (MP 83/02 de 12/12/02) e Instrução Normativa INSS\DC nº. 89 de 27/03/03;

Eu _____

CPF nº. _____, CRM nº. _____, registrado no PIS sob nº.

_____ ou inscrição no INSS nº. _____, notifico o FUNDO

MUNICIPAL DE SAÚDE DE APARECIDA DE GOIÂNIA

_____ que o desconto das contribuições devidas

para a Previdência Social, como contribuinte obrigatório será realizado pela empresa

_____, CNPJ nº. _____, sobre o valor

do salário de _____ no período de _____ até _____.

Em razão do acima exposto, para fins previstos no Art.24, inc. da Instrução Normativa INSS/DC nº89/03 de 11 de julho de 2003 c/c art.13 da Instrução Normativa RFB nº 971, de 13 de novembro de 2009, o FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE APARECIDA DE GOIÂNIA ESTÁ ISENTO quanto á obrigação de descontar de minha produção a referida

Declaro ainda estar ciente de que sou responsável pela complementação da contribuição até o limite máximo, na hipótese de, por qualquer razão, deixar de receber remuneração ou receber remuneração inferior a indicada na declaração por parte da Empresa obrigada ao recolhimento.

Aparecida de Goiânia, _____, _____ ano de _____.

Carimbo e assinatura