

DECLARAÇÃO

Declaro perante a **UNIMED DE BOTUCATU COOP. TRAB. MÉDICO**, sob minha integral e exclusiva responsabilidade e para os fins previstos na Lei n° 10.666 de 05.05.2003 e tendo em vista, ainda, a Instrução Normativa INSS/DC n° 089/2003 de 11.06/2003, os descontos ocorridos sobre os meus rendimentos pagos por pessoas jurídicas:

RAZÃO SOCIAL (FONTE PAGADORA)	CNPJ	VALOR BASE	INSS RETIDO	TIPO VÍNCULO

As informações prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que sou responsável pela complementação da contribuição até limite máximo, na hipótese de, por qualquer razão, deixar de receber a remuneração, ou for inferior a , indicada na declaração (art. 24, parágrafo 1°, IN-INSS 89/2003), conservando os comprovantes de pagamento em meu poder e para pronta exibição ou extração de cópias quando solicitado, e em havendo qualquer alteração nos dados constantes nesta declaração renová-la.

Botucatu, de de 2024.

Período: /2024 à /2024.

Assinatura

NOME:

ENDEREÇO:

RG:

CPF:

INSS: