

GOIÂNIA CLÍNICA  
**Validade: 01/01/2019 A 31/12/2019**

D E C L A R A Ç Ã O

Eu,....., brasileiro (a), Médico (a), residente e domiciliado nesta Capital, declaro sob as penas da Lei, e com base no artigo 81 da Instrução Normativa INSS/DC 03 de 14 de julho de 2005, afim de comprovação de retenção de INSS, sobre meus honorários provenientes de serviços prestados como contribuinte individual a diversas empresas que, sobre meus honorários já foram ou será retido INSS sobre o valor máximo do salário-contribuição pela empresa:

.....  
.....CNPJ nº  
...../...../.....-....., desobrigando desta forma a Goiânia Clínica Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos e Hospitalares, CNPJ nº 01.102.288/0001-78, de efetuar desconto de INSS sobre meus rendimentos; declaro também, estar ciente que, caso o desconto seja inferior ao limite máximo de contribuição, a responsabilidade para complementar o recolhimento é minha, isentando a empresa acima identificada, de qualquer penalidade com relação à não retenção de INSS sobre meus honorários.

Declaro ainda, caso eu deixe de prestar serviços para a (s) empresa (s) que está (ao) efetuando os descontos de INSS sobre meus honorários, comunicarei de imediato as demais empresas; caso não o faça assumirei a responsabilidade por eventuais cobranças causadas por falta desta comunicação.

Por ser verdade firmo a presente na forma da Lei.

Goiânia, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Médico (a)

OBS: carimbo e assinatura

**OBS: Esta declaração deverá ser entregue diretamente na recepção da Cooperativa**