

# DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
brasileiro (a), Estado civil, \_\_\_\_\_, profissional \_\_\_\_\_,  
residente domiciliado(a) \_\_\_\_\_,  
declaro sob as penas da Lei, e com base no art. 67 e seus parágrafos, § 1º do art. 64, ambos da Instrução Normativa RFB 971 de 13 de novembro de 2009, a fim de comprovação de retenção de Contribuições Previdenciárias, no REGIME GERAL DA PREVIDENCIA SOCIAL, sobre minha remuneração, provenientes de serviço prestado, na qualidade de segurado da Previdência Social, na função/grupo \_\_\_\_\_, **classificado no eSocial conforme código** \_\_\_\_\_ que já foram ou serão retidos a Contribuição Previdenciária sobre o valor máximo do salário-contribuição pela empresa \_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, no período de 01/01/2020 a 31/12/2020, **desobrigando** desta forma a Cooperativa **Goiânia Clínica Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos e Hospitalares**, CNPJ nº **01.102.288/0001-78**, de efetuar desconto de Contribuição Previdenciária sobre meus honorários. 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 Cooperativa acima identificada, de qualquer penalidade pela não retenção de Contribuição Previdenciária sobre meus honorários.

Declaro ainda, caso eu deixe de prestar serviços para a(s) empresa(s) que está(ão) efetuando os descontos de Contribuição Previdenciária 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, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Carimbo e Assinatura**

*MD. 01 - Contribuições no teto máximo da Previdência Social*

# DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
brasileiro (a), Estado Civil, \_\_\_\_\_, profissional \_\_\_\_\_ residente e  
domiciliado (a) \_\_\_\_\_,  
declaro sob as penas da Lei, e com base no art. 67 e seus parágrafos, § 1º do art. 64, ambos  
da Instrução Normativa RFB 971 de 13 de novembro de 2009, a fim de comprovação de  
retenção de Contribuições Previdenciárias, no REGIME GERAL DA PREVIDENCIA  
SOCIAL, sobre minha remuneração, provenientes de serviço prestado na qualidade de  
segurado da Previdência Social, na função/grupo \_\_\_\_\_,  
**classificado no eSocial conforme código** \_\_\_\_\_, que já foi ou será retida a  
Contribuição Previdenciária sobre o salário de contribuição no Valor de R\$:  
\_\_\_\_\_, ( \_\_\_\_\_), pela  
empresa \_\_\_\_\_, CNPJ  
nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, no período de 01/01/2020 a 31/12/2020, desta  
forma fica a Cooperativa **Goiânia Clínica Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos e  
Hospitalares**, CNPJ nº **01.102.288/0001-78**, **obrigada descontar** a Contribuição  
Previdenciária sobre meu honorário integral ou sobre a diferença para o teto do salário de  
contribuição. Declaro também, estar ciente que, caso o desconto ainda seja inferior ao  
limite máximo de contribuição e perceber outras remunerações, a lei de custeio da  
Previdência Social, me obriga recolher o complemento até o teto máximo.

Declaro ainda, caso eu deixe de prestar serviços para a(s) empresa(s) que  
está(ão) efetuando os descontos de Contribuição Previdenciária 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, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Carimbo e assinatura**