

# 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 01/01/2021 a 31/12/2021,  
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**