

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

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