

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA

Eu _____, brasileiro, estado civil _____, médico CRM _____, CPF _____, RG _____, PIS _____. Declaro sob as penas da lei, que a empresa _____, estabelecida em _____, CNPJ _____, passa a reter sobre a minha remuneração, a título de INSS, até o limite máximo de contribuição, no período de _____ a _____.

Na hipótese, de por qualquer razão deixar de receber a remuneração ou de receber remuneração inferior ao limite Máximo do Salário de contribuição, me comprometo em recolher o valor complementar ao INSS, utilizando a alíquota de 20%, conforme estabelecido na legislação vigente (lei 10.666 e in 89 de 11/06/2003).

_____, _____ de _____ 2017.

Assinatura