



COOPANEST RIO

COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO RIO DE JANEIRO LTDA.

DECLARAÇÃO DE RETENÇÃO DE INSS

DECLARO, para os devidos fins e a quem interessar possa, sob as penas da lei, e na forma da Instrução Normativa INSS/DC nº 11.06.2003, alterada pela Instrução Normativa RFB nº 971 de 13/11/2009 e posteriores que sobre a minha remuneração por serviços prestados às empresas a cooperativas foi ou será descontado o INSS na forma como segue. Assim sendo, qualquer outra empresa ou cooperativa está por mim autorizada a considerar os valores abaixo relacionados nos cálculos da retenção do INSS de sua responsabilidade. Declaro ainda, que, se por algum motivo, a retenção abaixo descrita não se efetivar em sua totalidade, eu me obrigo a reconhecer junto ao INSS os valores devidos até o dia 15 do mês seguinte ao da competência (inclusive considerando a ausência da contribuição patronal). A presente declaração, ao qual mantereí uma cópia em meu poder juntamente com os comprovantes de pagamento para apresentação ao INSS quando solicitado, está em conformidade com o disposto na Instrução Normativa retro mencionada e alterações posteriores.

DADOS DO CONTRIBUINTE E DA EMPRESA RESPONSÁVEL:

Nome do Contribuinte: _____

Nº da inscrição no INSS e Nº de inscrição do CPF: _____

Empresa responsável pela retenção: _____

Nº de inscrição no CNPJ da empresa: _____

DADOS DA RETENÇÃO:

Base de cálculo: _____

Valor da Retenção: _____

Mês de competência (INICIAL): _____

Mês de competência (FINAL): _____

Por ser verdade, firmo a presente declaração, ficando sob minha responsabilidade qualquer sanção imposta pela Auditoria Fiscal do INSS (RFB), decorrente de seus efeitos.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de ____.

Assinatura do contribuinte



COOPANEST RIO

COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO RIO DE JANEIRO LTDA.

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA DO CONTRIBUINTE INDIVIDUAL

Decreto nº 3.048/99 alterado pelo Decreto nº 4729/2003

O contribuinte individual, abaixo identificado, considerando as alterações trazidas pelo Decreto nº 4.729 de 10 de junho de 2003, Art. 216, Parágrafos 28 e 29 do Regulamento da Previdência Social (Decreto nº 3.048/99), declara a sua OPÇÃO pela empresa _____, CNPJ nº _____, **como ÚNICA fonte pagadora encarregada de proceder à retenção e recolhimento de sua contribuição previdenciária, nos termos legislação vigente**, ficando, dessa forma, as demais fontes pagadoras, incluindo a CoopAnest-Rio Cooperativa dos Médicos Anestesiologistas do Estado do Rio de Janeiro Ltda., dispensadas de procederem à retenção e recolhimento dessa contribuição.

O contribuinte declara, ainda, estar ciente que, caso o teto máximo do salário de contribuição não seja atingido pela referida empresa, deverá, por sua própria responsabilidade, proceder ao recolhimento complementar da contribuição previdenciária. Declara também estar ciente que qualquer alteração futura nesta situação deverá ser prontamente informada à CoopAnest-Rio, sob pena desta ficar isenta de qualquer responsabilidade.

DADOS DO CONTRIBUINTE:

Nome do Cooperado: _____

Nº do PIS/PASEP: _____

Nº de Insc. no INSS: _____

CPF: _____

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do contribuinte