

## DECLARAÇÃO OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL

Ilmo. Sr. Postal Saúde Caixa de Assistência e Saúde dos Empregados dos Correios

\_\_\_\_\_ (Nome da empresa),  
com sede \_\_\_\_\_ (Endereço completo),

inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_ DECLARA à Postal Saúde Caixa de Assistência e Saúde dos Empregados dos Correios, para fins de não incidência na fonte, do Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), e da Contribuição para o PIS/Pasep, a que se refere o art. 64 da Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996, que é regularmente inscrita no Regime Especial Unificado de Arrecadação de Tributos e Contribuições devidos pelas Microempresas e Empresas de Pequeno Porte - Simples Nacional, de que trata o art. 12 da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.

Para esse efeito, a declarante informa que:

I - preenche os seguintes requisitos:

a) conserva em boa ordem, pelo prazo de cinco anos, contados da data da emissão, os documentos que comprovam a origem de suas receitas e a efetivação de suas despesas, bem como a realização de quaisquer outros atos ou operações que venham a modificar sua situação patrimonial;

b) cumpre as obrigações acessórias a que está sujeita, em conformidade com a legislação pertinente;

II - o signatário é representante legal desta empresa, assumindo o compromisso de informar à Secretaria da Receita Federal do Brasil e à entidade pagadora, imediatamente, eventual desenquadramento da presente situação e está ciente de que a falsidade na prestação destas informações, sem prejuízo do disposto no art. 32 da Lei nº 9.430, de 1996, o sujeitará, juntamente com as demais pessoas que para ela concorrem, às penalidades previstas na legislação criminal e tributária, relativas à falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e ao crime contra a ordem tributária (art. 1º da Lei nº 8.137, de 27 de dezembro de 1990).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

Observação: Declaração do Prestador é a declaração a que se refere ao Art. 3º. Inciso II e Art. 11 da IN SRF nº 459/2004 e terá validade de 12 meses devendo ser emitida em 02 (duas) vias assinadas pelo seu representante legal.

<b>UNIDADE ADMINISTRATIVA GESTORA: COTRI/GECOF</b>	<b>UNIDADE ADMINISTRATIVA ELABORADORA: COPEN/GEGOV</b>
<b>FOP 100.01 DATA DA HOMOLOGAÇÃO: 22/09/2016</b>	<b>DATA DA PUBLICAÇÃO: 29/09/2016</b>