**DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA - INSS (ANUAL)**

|  |
| --- |
| Declaro à empresa Postal Saúde - CAIXA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE DOS EMPREGADOS DOS CORREIOS, inscrita no CNPJ sob o nº 18.275.071/0001-62, situada no Setor Hoteleiro Sul (SHS) - Quadra 02 Blocos B - Edifício Telex - Asa Sul - Brasília/DF, que na ocorrência de múltiplas fontes pagadoras, o contribuinte individual abaixo faz a OPÇÃO pela:     (Nome da empresa que fara o recolhimento) |
|      (Nº do CNPJ da empresa) |
| Como única fonte pagadora encarregada de proceder à retenção, pelo TETO MÁXIMO e recolhimento da contribuição previdenciária incidente sobre a remuneração devida por serviços prestados, o que lhe faculta a Resolução Normativa RFB nº 971, de 13 de novembro de 2009 (Lei nº 10.666, de 09/05/2003).Desta forma, as demais fontes pagadoras ficam dispensadas de procederem à retenção e ao recolhimento a esse título.O contribuinte declara, sob as penas da lei, estar ciente de que, caso o limite máximo do salário contribuição não seja atingido, deverá, por sua própria responsabilidade, proceder ao recolhimento complementar da contribuição previdenciária.A presente declaração terá por vigência o período de   /  /     até   /  /    . |
| **INFORMAÇÕES DO CONTRIBUINTE** |
| Nome (Completo e sem abreviação):       |
| Nº do CPF:       | Nº de Inscrição no INSS/PIS:       |
| Nº do Conselho de Classe:       | Nº do Código de Credenciado:       |
| **ASSINATURA** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  Local e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Carimbo e Assinatura do Prestador |

