**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 | |

