

**CRENCIADO AUTÔNOMO QUE ASSUME O RECOLHIMENTO PELO TETO DE SUA  
CONTRIBUIÇÃO  
(EMITIDA PELO PRÓPRIO PRESTADOR)**

Em conformidade com o que determina a IN/INSS/DC N° 089/2003 e a IN MPS/SRP N°03/2005, EU,  
Dr. (a) .....,  
CPF N°....., Data de Nascimento:.....registrado no PIS sob o n°  
..... ou inscrição no INSS n°  
....., declaro, junto ao **Caixa de Assistência  
Oswaldo Cruz**, sob as penas da lei, que prestei (presto) serviços como autônomo para a  
empresa....., CNPJ n°  
....., sendo minha remuneração bruta acima do SALÁRIO MÁXIMO DE  
CONTRIBUIÇÃO DO INSS, tendo recolhido na competência \_\_\_\_/\_\_\_\_ o valor de R\$ .....  
(mencionar o valor da última competência recolhida), que deverá ser considerado no período de validade desta  
declaração, para fins da não retenção da contribuição acima do teto.

**Declaro, sob as penas da lei, que caso haja qualquer alteração nos valores acima informados, será de minha  
inteira responsabilidade complementar a contribuição ao INSS até o limite máximo de contribuição.**

Cidade – Estado e data .....

**VALIDADE DESTA DECLARAÇÃO:**.....  
(mencionar o período de validade da declaração. A validade máxima expira em 31/12 do ano da emissão da  
declaração).

---

**NOME, CARIMBO E ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO**

**ATENÇÃO:** esta declaração dever ser enviada ao **FioSaúde**, mensalmente ou uma única vez por ano, quando for  
válida para mais de um mês de competência, devendo o prestador especificar os meses de sua validade, os quais  
não podem fugir ao exercício financeiro.

Quando não for informado o valor da remuneração, mencionando apenas a remuneração igual ou superior ao  
SALÁRIO MÁXIMO DE CONTRIBUIÇÃO DO INSS, será acatado como remuneração o SALÁRIO TETO DO  
INSS vigente à época da emissão da declaração, sendo necessária sua renovação, **imediatamente**, em caso de  
alteração do teto de contribuição pelo INSS, sob pena de ser feito o desconto complementar entre o salário máximo  
informado e o novo salário vigente.