

**CRENCIADO VINCULADO A COOPERATIVA DE TRABALHO QUE RECOLHE PELO TETO DA  
CONTRIBUIÇÃO  
(EM PAPEL TIMBRADO DA COOPERATIVA)**

Em conformidade com o que determina a IN/INSS/DC Nº 089/2003 e a IN MPS/SRP Nº 03/2005 declaramos e a Caixa de Assistência Oswaldo Cruz de contribuição individual previdenciária (INSS), que o (a) Dr. ...., CPF Nº:....., Data de Nascimento:....., registrado no PIS sob o nº ..... ou inscrição no INSS nº ....., é um profissional associado a esta Cooperativa de Trabalho, descontando mensalmente a contribuição previdenciária ao Regime Geral de Previdência Social, no TETO MÁXIMO DE CONTRIBUIÇÃO DO INSS, tendo recebido na competência \_\_\_\_/\_\_\_\_ o valor de R\$.....(mencionar o valor da última competência paga ao profissional), que deverá ser considerado no período de validade desta declaração, para fins da **não** retenção da contribuição acima do teto.

Declaramos ainda que nos responsabilizamos pela retenção e recolhimento da contribuição previdenciária descontada para o INSS, bem como informar no E-Social correspondente, em cada mês.

Cidade – Estado e data: .....

NOME DA COOPERATIVA: .....

CNPJ:.....

ENDEREÇO:.....

DDD/TELEFONE:.....

**VALIDADE DESTA DECLARAÇÃO:**.....

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

---

**NOME, CARGO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DA COOPERATIVA**

Declaro, sob as penas da lei, que caso haja qualquer alteração de desconto, será de minha responsabilidade complementar a contribuição ao INSS até o limite máximo de contribuição, bem como comunicar imediatamente ao FIOSAÚDE em caso de perda do vínculo com a Cooperativa acima mencionada. Declaro ainda que estou ciente de que deverei renovar esta declaração anualmente, no início de cada exercício, sob pena do FIOSAÚDE fazer a retenção do INSS após sua validade.

---

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

**Atenção:** esta declaração será enviada pelo prestador ao FIOSAÚDE **anualmente**, ou se houver alteração da remuneração ou ainda se o prestador perder o vínculo com a cooperativa.

Esta declaração terá validade para o período informado, que legalmente é limitado ao exercício, expirado em 31/12 do ano da emissão, desde que encaminhada ao FIOSAÚDE no ato de sua emissão, via fax ou enviado pelos correios ao setor de credenciamento.

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.