

## CRENCIADO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO A PESSOA JURÍDICA QUE RECOLHE PELO TETO DA CONTRIBUIÇÃO

Em conformidade com o que determina a IN/INSS/DC N° 089/2003 e IN MPS/SRP N° 03/2005, declaramos junto a Caixa de Assistência Oswaldo Cruz, para efeito de dedução da retenção pela fonte pagadora de contribuição individual previdenciária (INSS), que o (a) Dr (a). ....., CPF N° ....., Data de Nascimento:.....Portador da CTPS n° ....., Série ..... registrado no PIS sob o n° ..... ou inscrição no INSS n° ....., mantém vínculo empregatício com esta empresa desde ...../...../.....descontando mensalmente a contribuição previdenciária ao Regime Geral de Previdência Social, no TETO MÁXIMO DE CONTRIBUIÇÃO DO INSS, tendo recolhido 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 FONTE PAGADORA: .....

CNPJ: .....

ENDEREÇO: .....

DDD/TELEFONE: .....

**VALIDADE DESTA DECLARAÇÃO:** .....

(mencionar o período de validade da declaração).

---

### NOME, CARGO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO DEPAT° RH

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 empregatício com a empresa acima mencionada. Declaro ainda que estou ciente de que deverei renovar esta declaração a 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 **mensalmente ou anualmente**, ou se houver alteração da remuneração ou ainda se o prestador perder o vínculo empregatício.

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.