**DECLARAÇÃO PARA RECOLHIMENTOS DE ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS**

Eu, \_\_\_\_\_ ,brasileiro (a), nascido em de de , portador do CPF-MF n° e da Inscrição do INSS/NIT n° , com endereço comercial na Rua , Bairro \_, CEP , na cidade de \_\_ \_\_\_\_, Estado do Mato Grosso do Sul, declaro sob as penas da lei e para fins da Legislação Previdenciária, que estou dispensado(a) da retenção conforme determina a Lei n° 10.666/03 e a Instrução Normativa n° 971/09, vez que:

(\_) Recolho a contribuição mensalmente como autônomo (a);

(\_) Submeto-me a retenção mensal pela empresa , CNPJ/MF n° , situada na Rua n° \_, Bairro , na cidade de ;

Em valor equivalente ao teto do salário-de-contribuição de acordo com a legislação vigente, relativo à contribuição previdenciária prevista no art. 21 da Lei 8.212/91, referente aos meses competência de \_ a dezembro de 2022.

Declaro ainda, que na hipótese de, por qualquer razão, deixar de receber a remuneração ou receber remuneração inferior ao limite máximo do salário de contribuição, comprometo-me, em recolher o valor complementar ao INSS, conforme estabelecido na legislação vigente.

Por fim, declaro que, ocorrendo qualquer alteração na contribuição, bem como ausência de recolhimento complementar, estarei comunicando esse programa de assistência à saúde em tempo hábil para providências, estando ciente que as consequências pela não comunicação ora prevista serão de minha inteira responsabilidade.

Campo Grande-MS, de de 20 .

Assinatura: