

DECLARAÇÃO

Eu, _____, brasileiro (a), estado civil _____ (a), médico (a), residente e domiciliado na cidade de _____, declaro sob as penas da Lei, e com base no art. 67 e seus parágrafos, § 1º do art. 64, ambos da Instrução Normativa RFB 971 de 13 de novembro de 2009, a fins de comprovação de retenção de Contribuições Previdenciárias, no REGIME GERAL DA PREVIDENCIA SOCIAL, sobre minha remuneração, provenientes de serviço prestado, na qualidade de segurado da Previdência Social, na função de _____, **classificado no e Social na categoria de** _____ que já foram ou serão retidos a Contribuição Previdenciária sobre o valor máximo do salário-contribuição pela empresa _____, CNPJ nº _____, no período de **01/01/2020 a 31/12/2020**, desobrigando desta forma a **Cooperativa Médica do Estado de Goiás - COMEGO, CNPJ nº 24.835.258/0001-76**, de efetuar desconto de Contribuição Previdenciária sobre meus honorários. Declaro também, estar ciente que, caso o desconto seja inferior ao limite máximo de contribuição, a responsabilidade para complementar o recolhimento é minha, isentando a Cooperativa acima identificada, de qualquer penalidade pela não retenção de Contribuição Previdenciária sobre meus honorários.

Declaro ainda, caso eu deixe de prestar serviços para a (s) empresa (s) que está (ão) efetuando os descontos de Contribuição Previdenciária sobre meus honorários, comunicarei de imediato as demais empresas, caso não o faça, assumirei a responsabilidade por eventuais cobranças causadas por falta desta comunicação.

Por ser verdade firmo a presente na forma da Lei.

Goiânia, _____ de _____ de 2020.

Dr. (a) (Assinatura e Carimbo)

DECLARAÇÃO

Eu, _____, brasileiro (a), estado civil _____ (a), médico (a), residente e domiciliado na cidade de _____, declaro sob as penas da Lei, e com base no art. 67 e seus parágrafos, § 1º do art. 64, ambos da Instrução Normativa RFB 971 de 13 de novembro de 2009, a fins de comprovação de retenção de Contribuições Previdenciárias, no REGIME GERAL DA PREVIDENCIA SOCIAL, sobre minha remuneração, provenientes de serviço prestado na qualidade de segurado da Previdência Social, na função de _____, *classificado no e Social na categoria de* _____, que já foi ou será retida a Contribuição Previdenciária sobre o salário de contribuição Previdenciária sobre o salário de contribuição no Valor R\$ _____ (_____), pela empresa _____, CNPJ nº _____, no período de **01/01/2020 a 31/12/2020**, desta forma fica a **Cooperativa Médica do Estado de Goiás – COMEGO**, CNPJ nº 24.835.258/0001-76, **obrigada a descontar a Contribuição Previdenciária** sobre meu honorário integral ou sobre a diferença para o teto do salário de contribuição. Declaro também, estar ciente que, caso o desconto ainda seja inferior ao limite máximo de contribuição e perceber outras remunerações, a lei de custeio da Previdência Social, me obriga recolher o complemento até o teto máximo.

Declaro ainda, caso eu deixe de prestar serviços para a (s) empresa (s) que está (ão) efetuando os descontos de Contribuição Previdenciária sobre meus honorários, comunicarei de imediato as demais empresas, caso não o faça assumirei a responsabilidade por eventuais cobranças causadas por falta desta comunicação.

Por ser verdade firmo a presente na forma da Lei.

Goiânia, _____ de _____ de 2020.

Dr. (a) (Assinatura e Carimbo)