

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA PARA NÃO RETENÇÃO DO INSS PELA MAPFRE SAÚDE

Período de competência desta declaração: ____/____/____ a ____/____/____

Em conformidade com o que determina a Instrução IN/INSS/DC nº 089/2003, eu, _____, CPF nº _____, inscrito no INSS sob o nº _____, declaro, junto à MAPFRE SAÚDE e sob as penas da Lei, que presto serviços para outra fonte pagadora, com recolhimento das seguintes contribuições previdenciárias:

Nome da Empresa: _____

CNPJ: _____ Período do Desconto: ____/____/____ até ____/____/____

Valor da Remuneração: _____ Valor do Desconto: _____

Nome da Empresa: _____

CNPJ: _____ Período do Desconto: ____/____/____ até ____/____/____

Valor da Remuneração: _____ Valor do Desconto: _____

Nome da Empresa: _____

CNPJ: _____ Período do Desconto: ____/____/____ até ____/____/____

Valor da Remuneração: _____ Valor do Desconto: _____

Declaro ainda estar ciente da responsabilidade de complementação da contribuição até o limite máximo, se deixar de receber ou receber remuneração inferior à informada nesta declaração, conforme estabelecido na Lei 10.666 e IN de 11/06/2003.

Assinatura: _____

_____, _____ de _____ de _____

Este formulário, depois de impresso, preenchido e assinado, deverá ser enviado pelos Correios para a BRC Soluções em Saúde: Alameda Araguaia, 1.142 – Boco 2 – 5º andar – CEP 06455-000 – Barueri/SP.