

**DECLARAÇÃO ANUAL DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA - INSS**

Declaro à empresa Postal Saúde CAIXA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE DOS EMPREGADOS DOS CORREIOS, inscrita no CNPJ sob o nº 18.275.071/0001-62, situada no Setor Bancário Norte, Quadra 01 Bloco F, 5º e 6º Andares - Edifício Palácio da Agricultura - Asa Norte - Brasília - DF, CEP 70040-908, que na ocorrência de múltiplas fontes pagadoras, o contribuinte individual abaixo faz a OPÇÃO pela:

\_\_\_\_\_  
(Nome da empresa que fará o recolhimento)

\_\_\_\_\_  
(Nº do CNPJ da empresa)

como única fonte pagadora encarregada de proceder à retenção, pelo teto máximo e recolhimento da contribuição previdenciária incidente sobre a remuneração devida por serviços prestados, o que lhe faculta a Instrução Normativa RFB nº 971, de 13 de Novembro de 2009 (Lei nº 10.666, de 09/05/2003).

Desta forma, as demais fontes pagadoras ficam dispensadas de procederem à retenção e ao recolhimento a esse título.

O contribuinte declara, sob as penas da lei, estar ciente de que, caso o limite máximo do salário contribuição não seja atingido, deverá, por sua própria responsabilidade, proceder ao recolhimento complementar da contribuição previdenciária.

A presente declaração terá por vigência o período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**INFORMAÇÕES DO CONTRIBUINTE**

**Nome (Completo e sem abreviação):**

**Nº do CPF:**

**Nº de Inscrição no INSS/PIS:**

**Nº do Conselho de Classe:**

**Nº do Código de Credenciado:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura do Prestador