



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA

TRIBUTAÇÃO SOBRE JETON

Em conformidade com o que determina a Instrução Normativa MPS/RFB n.º 971 de 13 de novembro de 2009, Eu, _____, CPF N.º _____, registrado(a) no PIS/PASEP/NIT sob o n.º _____, DECLARO, junto ao CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, sob as penas da lei, para efeito de tributação, que presto serviços à outra fonte pagadora a qual **recolhe mensalmente o teto máximo de contribuição do INSS (.....%) pelo Regime Geral de Previdência Social.**

Declaro, ainda, que caso haja **qualquer alteração de desconto, será de minha responsabilidade o complemento da contribuição ao INSS até o limite do teto previdenciário**, bem como comunicar imediatamente ao Conselho Regional de Medicina do Paraná em caso de perda do vínculo empregatício com a empresa abaixo mencionada.

Declaro ainda, que estou ciente de que deverei renovar esta declaração a cada período de vigência, sob pena do CRM-PR fazer a retenção do INSS após sua validade.

Período de Vigência: _____

Razão Social (nome completo da empresa): _____

CNPJ da empresa: _____

Endereço da empresa: _____

E-mail da empresa: _____

telefones da empresa: _____

Código da Atividade cadastrado no e-social: _____

Curitiba, _____ de _____ de

Assinatura