



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, informo que **NÃO** há recolhimento de INSS por outra fonte pagadora. **AUTORIZO** o Conselho Regional de Medicina do Paraná o recolhimento mensal deste tributo pelo Regime Geral de Previdência Social.

Curitiba, _____ de _____ de 2025

Assinatura