DECLARAÇÃO

Eu..........................(nacionalidade),(estado civil),residente na (rua, nº,bairro,cidade,estado,cep),portador do CPF/MF número....... e do documento de identidade RG número.........., expedido pela.........., Matriculado no INSS ou no PIS) Sob o número............., declaro, para os devidos que estou ciente de que, por disposição legal, sobre a remuneração que recebi por serviços prestados, como pessoa física, a fonte pagadora efetuará desconto de 11%(onze por cento) do valor devido ,limitado ao valor referência, para repasse ao INSS.

Para que não haja recolhimento em duplicidade, informo sob as penas da lei, que essa retenção será feita por (nome da entidade, endereço completo, Nº do CNPJ/MF).

Estou ciente de que esta declaração é valida para os meses de janeiro a dezembro/20xxxx e que deverei apresentar nova declaração, para os períodos sucessivos, de doze meses em doze meses. A ausência de declaração implicará a retenção do valor total, entendendo-se eleitas para efetuar o desconto a UNIMED SEGURADORA e/ou UNIMED SEGURO SAÚDE.

Estou ciente, também, de que qualquer alteração nessas condições deverá ser entregue na seguradora com pelo menos 30 (trinta) dias de antecedência da data prevista para retenção, ou seja, data para pagamentos relativos prestados por mim.

Local .....................data

(Assinatura)