

AVISO IMPORTANTE!

MÉDICOS CREDENCIADOS - PESSOAS FÍSICAS

Ref.: INSS Nova Tabela de Contribuição Mensal a partir de 01.01.2014

Alertamos sobre publicação no Diário Oficial da União em 13.01.2014 a Portaria Interministerial MPS/MF nº. 19/2014, de 10.01.2014 divulgando a nova tabela de salário-de-contribuição que vigora desde 01.01.2014, estabelecendo o limite máximo do valor dos benefícios do RPS em R\$ 4.390,24 (quatro mil, trezentos e noventa reais e vinte e quatro centavos).

Nesse sentido se faz necessário o encaminhamento urgente para nosso Departamento de Contabilidade, "Declaração" (modelos abaixo), comunicando à empresa que descontará sua retenção do INSS.

Caso não tenhamos esta declaração, seremos obrigados a efetuar retenção conforme legislação em vigor.

Se assim ocorrer, não poderemos devolver tal valor, uma vez que o mesmo é repassado à Previdência Social em cumprimento das exigências legais.

M O D E L O 1 - para contribuição pelo limite máximo

DECLARAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE

"Instituto Nacional do Seguro Social - INSS"

Instrução Normativa MPS/SRP nº 3, de 14 de julho de 2005

À

Associação Auxiliadora das Classes Laboriosas

Eu, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, inscrição no INSS sob o nº. xxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CPF nº. xxx.xxx.xxx-xx, declaro sob as penas da lei e em conformidade com o artigo 60 da Instrução Normativa MPS/SRP nº. 3, de 14 de julho de 2005, que recolherei minha contribuição ao INSS através da Empresa xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx CNPJ nº. xx.xxx.xxx/xxxx-xx no limite máximo do salário-de-contribuição.

Declaro ainda estar ciente de que ocorrendo qualquer alteração é de minha inteira responsabilidade, em tempo hábil, comunicá-los a respeito.

Atenciosamente,

(Nome Médico)

CRM:

MODELO 2 - para contribuição inferior ao limite máximo
DECLARAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE
“Instituto Nacional do Seguro Social - INSS”
Instrução Normativa MPS/SRP nº 3, de 14 de julho de 2005

À

Associação Auxiliadora das Classes Laboriosas

Eu, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, inscrição no INSS sob o nº. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CPF nº. xxx.xxx.xxx-xx, declaro sob as penas da lei e em conformidade com o artigo 60 da Instrução Normativa MPS/SRP nº. 3, de 14 de julho de 2005, que recolherei minha contribuição ao INSS através da Empresa xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx CNPJ nº. xx.xxx.xxx/xxxx-xx na importância de xxxxxxxx correspondente ao período de xxxxxxxx até xxxxxxxx.

Declaro ainda estar ciente de que ocorrendo qualquer alteração é de minha inteira responsabilidade, em tempo hábil, comunicá-los a respeito.

Atenciosamente,

(Nome Médico)

CRM: