Londrina, 24 de novembro de 2023.

**CTRL\_Ext0024-2023 - Renovação Declaração de Retenção de INSS para 2024**

**Prezado (a) Cooperado (a)**

A exemplo dos anos anteriores, e em cumprimento a legislação (Instrução Normativa nº 2110 de 17/10/2022 da RFB), solicitamos a renovação da declaração para definição da fonte principal de retenção do INSS, referente ao período de **janeiro/2024 a dezembro/2024,** conforme dispõe os parágrafos primeiro e segundo do art.º 39 da Instrução Normativa citada acima.

Em virtude do Decreto nº 8373/2014 que instituiu o **Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas e-Social**, dentre as obrigações exigidas, a Unimed Londrina está obrigada a enviar mensalmente as informações da Instituição, (empresa) que realizou a retenção do INSS, como por exemplo, CNPJ, nome da empresa, remuneração, INSS retido e categoria do trabalhador na empresa que o cooperado declarar como fonte principal**.** Solicitamospara confirmação das informações declaradas, **que anexe à declaração o comprovante de pagamento mais recente (Holerite, RPA ou Recibo) de cada fonte que informar na declaração.**

Em caso de recolhimento sobre o teto do inss ou o salário mínimo vigente, no campo “remuneração” preencha com a informação “TETO INSS VIGENTE” ou ”SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE” para que consideremos o valor atualizado para 2024.

A declaração deve ser preenchida pelo cooperado identificando a Instituição (a qual será a fonte principal), CNPJ, salário de contribuição, retenção do INSS e a Categoria do Trabalhador conforme tabela anexa, nome completo, assinatura, cpf e número Inscrição no INSS do cooperado e período de retenção. O documento deve ser entregue, impreterivelmente, **até o dia 20 de janeiro de 2024** no setor de Protocolo da Unimed Londrina ou documento digitalizado e encaminhado ao e-mail [cooperados@unimedlondrina.com.br](mailto:cooperados@unimedlondrina.com.br). A declaração para opção da fonte principal encontra-se no portal da Unimed ([www.unimedlondrina.com.br](http://www.unimedlondrina.com.br)).

Faça seu login, clique no botão “Acesse demais serviços” e posteriormente “Declaração INSS” ([www.unimedlondrina.com.br/downloads/medico/declaracao-inss.docx](http://www.unimedlondrina.com.br/downloads/medico/declaracao-inss.docx)), que fica dentro de “Serviços Online”.

Caso haja qualquer alteração na relação de trabalho com a(s) fonte(s) de retenção do INSS, empresas que o cooperado declarou, como por exemplo, alteração da remuneração, vínculo de trabalho, desligamento, deverá comunicar por escrito imediatamente a Unimed de Londrina para realizar o cálculo correto da contribuição previdenciária na produção médica, bem como transmitir corretamente as informações para e-social, evitando prejuízos futuros na concessão de benefícios previdenciários.

Lembramos que é de responsabilidade do cooperado o pagamento complementar do INSS, quando o total da remuneração não atingir teto da Previdência Social e houver recebimentos de pessoa física.

Caso tenha dúvidas, entrar em contato com a área de Relacionamento com o Cooperado e Rede pelo e-mail [cooperados@unimedlondrina.com.br](mailto:cooperados@unimedlondrina.com.br) ou pelo telefone: (43) 3375-6260 e 3375-6261.

**Diretoria Executiva - UNIMED LONDRINA**



DECLARAÇÃO INSS

Eu, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ,inscrito no **CPF** nº: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**e na Previdência Social, **NIT, PIS, PASEP** sob número: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, declaro sob as penas da lei, que o desconto da minha contribuição previdenciária como segurado da Previdência Social no período de: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** será realizado pelas empresas relacionadas abaixo:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **EMPRESA** | **CNPJ** | REMUNERAÇÃO | **INSS RETIDO** | **Categoria Trabalhador**  **(ver tabela anexa)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Declaro ainda estar ciente, caso o total das remunerações informadas acima não atinja o limite máximo mensal do Salário de Contribuição **(Teto da Previdência Social)** no período declarado, a Unimed de Londrina será responsável pelo desconto complementar, observado o valor da minha remuneração na Unimed Londrina, bem como o Teto da Previdência Social.

Entretanto, fica sob minha responsabilidade a complementação mensal da contribuição até o limite da remuneração declarada acima, na hipótese de, por qualquer razão, deixar de receber remuneração ou receber remuneração inferior à indicada nesta declaração.

Estou ciente que deverei manter uma cópia desta declaração em meu poder juntamente com o(s) comprovante(s) de pagamento(s) da(s) empresa(s) relacionada(s) acima, para apresentação à Previdência Social quando solicitado, bem como, deverei informar de imediato qualquer alteração relacionada à remuneração e empresa(s) relacionada(s).

A presente declaração atende ao disposto na Lei 10.666/03 de 08/05/2003, Decreto 4.729, de 10/06/2003 e art. 36 e 39 Instrução Normativa nº 2110 de 17/10/2022.

Por ser verdade, firmo a presente declaração, ficando sob minha responsabilidade qualquer sanção imposta pela Auditoria Fiscal da Receita Federal do Brasil decorrente de seus efeitos.

Londrina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

