**(MODELO 3)**

**DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA**

Em conformidade com o que determina a Instrução Normativa MPS/RFB n.º971, de 13 de novembro de 2009, Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, advogado(a),OAB-PR n.º \_\_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, registrado(a) no PIS/PASEP/NIT sob o n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO, perante o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, sob as penas da lei, para efeito de tributação sobre pagamento de honorários de defensoria dativa, que não há recolhimento de INSS por outra fonte pagadora. **Autorizo** ao Conselho Regional de Medicina do Paraná o recolhimento mensal desse tributo 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 o Conselho Regional de Medicina do Paraná em caso de qualquer perda de 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 de o CRM-PR fazer a retenção do INSS após sua validade.

Curitiba, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

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

Assinatura