Eu, _____
residente à _____
portador da cédula de n° _____ orgão emissor _____ , C.P.F. _____
e PIS _____ declaro ter recebido do(a) **Federação Paraibana de Futebol**
C.N.P.J. **08.952.616/0001-74** ,a importância de R$ _____
refernte a partida _____ x _____ realizada no dia _____
válido pelo Campeonato **Paraibano 1ª Divisão - 2020** relativas ao pagamento de serviços prestados na condição de AUTÔNOMOS e EVENTUAL, sem VÍNCULO EMPREGATÍCIO, ficando a responsabilidade de recolhimento dos encargos retidos a cargo da Federação Paraibana de Futebol.

_____
ASSINATURA

	TAXA BRUTA	DEDUÇÕES				LÍQUIDO
		INSS (11%)	SUB-TOTAL	IR	ISS (5%) (*)	
Taxa	R$				R$	
Diária/Alimentação	R$					
Transporte	R$					
	R$					
TOTAL:	**R$**	**R$**	**R$**	**R$**	**R$**	**R$**
					Reembolso de hospedagem (anexar comprovantes)	R$
					Reembolso do transporte (anexar comprovantes)	R$
					TOTAL:	**R$**

Total Líquido à pagar	**R$**
Inss - 11% (Contr.Soc.-Lei nº 10.666 de 08/05/03) à recolher pela fpf	**R$**
Total de IR à recolher pela fpf	**R$**
Total de ISS à recolher pela fpf	**R$**
INSS - 20% (Contr.Soc.-Lei nº 9.876 de 29/11/99) à recolher pela fpf	**R$**

(*) ISS - Se houver

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da lei, que o desconto de minha contribuição previdenciária como segurado contribuinte individual do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, no mês de _____ de 20 ___ será sobre o salário de contribuição de R$. _____ , pela empresa _____ , inscrita no CNPJ/MF sob o n° _____

Declaro, ainda, estar ciente que fico responsável pela complementação da contribuição até o limite máximo, na hipótese de, por qualquer razão, deixar de receber remuneração ou receber remuneração inferior à indicada nesta declaração.

A presente declaração, a qual manterei uma cópia em meu poder, juntamente com os comprovantes de pagamento para apresentação ao INSS quando solicitado, está em conformidade com o disposto no inciso II e §§ 1°, do art. 78 da Instrução Normativa SRP nº 03/2005.

Pôr ser verdade, firmo a presente declaração, ficando sob minha responsabilidade qualquer sanção imposta pela Auditoria Fiscal da Previdência Social decorrente de seus efeitos.

Local e data, _____

_____
Assinatura

Nome: _____
Inscrição no INSS: _____ CPF: _____
NIT: _____ Telefone para contato: _____