

<b>NOME OU RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA</b> UNIMED PINDA - COOP. TRABALHO MEDICO	<b>MATRÍCULA (CEI ou CNPJ)</b> 47.565.155/0001-39
--	--

Recebi da empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de , a importância de R\$ 7.855,46 -- ( sete mil, oitocentos e cinquenta e cinco reais e quarenta e seis centavos ), conforme discriminativo abaixo :

<b>NÚMERO DE INSCRIÇÃO</b>	
INSS/PIS: 11250214194 CPF: 091.429.988-32	
<b>IDENTIDADE / RG</b>	
NÚMERO: ÓRGÃO EMISSOR:	UF:
<b>ENDEREÇO</b>	
DOUTOR FREDERICO MACHADO, 105 SAO BENEDITO Pindamonhangaba - SP	
<b>LOCALIDADE</b>	<b>DATA</b>
Pindamonhangaba - SP	18/01/2019

**ESPECIFICAÇÃO :**

Valor Serviço Prestado: 9.636,00

**DESCONTOS :**

1. Contr. INSS:	0,00
2. INSS Frete:	0,00
3. IRF:	1.780,54
4. ISS:	0,00
5. Outros Desc:	0,00
6. Pensão Jud:	0,00

Total Desc tos: 1.780,54

LÍQUIDO: 7.855,46

**ASSINATURA****NOME COMPLETO**

BRINER CASTELLI AZEVEDO

Esta Remuneração Será Incluída em GFIP e Recolhida a Contribuição ao INSS.