

## Recibo de Pagamento a Contribuinte Individual - RPCI

N\* RECIBO

000000000

**NOME OU RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA**  
UNIMED PINDA - COOP. TRABALHO MEDICO

**MATRÍCULA (CEI ou CNPJ)**  
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 :

## NÚMERO DE INSCRIÇÃO

**INSS/PIS** 11250214194  
**CPF:** 091.429.988-32

## IDENTIDADE/RC

**NÚMERO**  
**ÓRGÃO EMISSOR**

UF:

## ENDEREÇO

DOCTOR FREDERICO MACHADO, 105  
SAO BENEDITO  
Pindamonhangaba - SP

## LOCALIDADE

Pindamonhangaba - SP

## DATA

20/11/2019

## 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

**ÍQUIDO:** 7.855,46

## ASSINATURA

## NOME COMPLETO

BRINER CASTELLI AZEVEDO

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