

## Recibo de Pagamento a Contribuinte Individual - RPCI

Nº RECIBO

000000430

**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\$ **550,20 -- ( quinhentos e cinquenta reais e vinte centavos )**, conforme discriminativo abaixo :

## NÚMERO DE INSCRIÇÃO

**INSS/PIS:** 11151296036  
**CPF:** 978.191.238-34

## IDENTIDADE / RG

**NÚMERO:**  
**ÓRGÃO EMISSOR:** UF:

## ENDEREÇO

DOUTOR FREDERICO MACHADO, 75  
SAO BENEDITO  
Pindamonhangaba - SP

## LOCALIDADE

## DATA

Pindamonhangaba - SP

18/01/2019

ESPECIFICAÇÃO :**Valor Serviço Prestado:** 618,20DESCONTOS :

1. Contr. INSS:	68,00
2. INSS Frete:	0,00
3. IRF:	0,00
4. ISS:	0,00
5. Outros Desc:	0,00
6. Pensão Jud:	0,00

**Total Desc tos:** 68,00**LÍQUIDO:** 550,20

## ASSINATURA

## NOME COMPLETO

PAULO HENRIQUE NOGUEIRA REZENDE

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