

## 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\$  
reais e vinte centavos ), conforme discriminativo abaixo :

550,20 -- ( quinhentos e cinquenta

## NÚMERO DE INSCRIÇÃO

**INSS/PIS** 11708301989  
**CPF:** 619.619.307-49

## IDENTIDADE/RC

**NÚMERO**  
**ÓRGÃO EMISSOR****UF:**

## ENDEREÇO

PINHEIRO DA SILVA, 205  
JARDIM BOA VISTA  
Pindamonhangaba - SP

## LOCALIDADE

Pindamonhangaba - SP

## DATA

20/03/2020

## ESPECIFICAÇÃO:

**Valor Serviço Prestado:** 618,20

## DESCONTOS:

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**LIQUIDO:** 550,20

## ASSINATURA

## NOME COMPLETO

CLOVIS VIEIRA MARQUES JUNIOR

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