

Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE RENDIMENTOS PAGOS E DE RETENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA NA FONTE

Ano-Calendário 2009

1. FONTE PAGADORA PESSOA JURÍDICA OU PESSOA FÍSICA

| Nome Empresarial/Nome | CNPJ/CPF |
|--|--------------------|
| Unimed de Pindamonhangaba Cooperativa de Trabalho Medico | 47.565.155/0001-39 |

| 2 PESSOA FISICA | BENEFICIARIA DOS | RENDIMENTOS |
|-----------------|------------------|-------------|

| CPF 831.051.408-59 | Nome Completo JOSE RENATO COUPPE SCHMIDT |
|--|--|
| Natureza do Rendimento | |
| Rendimentos do trabalho sem vínculo empregatício | |

| 3. RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS, DEDUÇÕES E IMPOSTO RETIDO NA FONTE | VALORES EM REAIS |
|---|------------------|
| 01. Total dos Rendimentos (inclusive férias) | 263.989,04 |
| 02. Contribuição Previdenciária Oficial | 89,36 |
| 03. Contribuição à Previdência Privada e ao Fundo de Aposentadoria Programada Individual - FAPI | 0,00 |
| 04. Pensão Alimentícia (informar o beneficiário no quadro 6) | 0,00 |

4. RENDIMENTOS ISENTOS E NÃO TRIBUTÁVEIS

05. Imposto de Renda Retido

| VALO | RES E | M REAIS |
|------|-------|---------|
|------|-------|---------|

64.731,24

| 01. Parcela Isenta dos Proventos de Aposentadoria, Reserva, Reforma e Pensão (65 anos ou mais) | 0,00 |
|--|------|
| 02. Diárias e Ajudas de Custo | 0,00 |
| 03. Pensão, Proventos de Aposentadoria ou Reforma por Moléstia Grave e Aposentadoria ou Reforma por Acidente em Serviço | 0,00 |
| 04. Lucro e Dividendo Apurado a partir de 1996 pago por PJ (Lucro Real, Presumido ou Arbitrado) | 0,00 |
| 05. Valores Pagos ao Titular ou Sócio de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, exceto Pro-labore, Aluguéis ou Serviços Prestados | 0,00 |
| 06. Indenizações por rescisão de contrato de trabalho, inclusive a título de PDV, e acidente de trabalho | 0,00 |
| 07. Outros (especificar): | 0,00 |

5. RENDIMENTOS SUJEITOS À TRIBUTAÇÃO EXCLUSIVA (RENDIMENTO LÍQUIDO)

| VΔI | ORES | FΜ | REAIS |
|-----|------|----|-------|

| 01. Décimo Terceiro Salário | 0,00 |
|-----------------------------|------|
| 02. Outros | 0,00 |

6. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

| PLANO DE SAÚDE R\$ 2.567,10 | | |
|-----------------------------|--|--|
| | | |
| | | |

7. RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES

| - | | |
|--------------------|------------|------------|
| Nome | Data | Assinatura |
| Teresinha da Silva | 02/03/2010 | |

Aprovado pela IN/SRF nº 120/2000