

## Recibo de Pagamento a Contribuinte Individual - RPCI

N\* RECIB

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\$  
e cinco reais e cinquenta e quatro centavos ), conforme discriminativo abaixo :

555,54 -- ( quinhentos e cinquenta

## NÚMERO DE INSCRIÇÃO

**INSS/PIS** 11394942693  
**CPF:** 050.126.548-11

## IDENTIDADE/RC

**NÚMERO**  
**ÓRGÃO EMISSOR****UF:**

## ENDEREÇO

PINHEIRO DA SILVA, 205  
JARDIM BOA VISTA  
Pindamonhangaba - SP

## LOCALIDADE

Pindamonhangaba - SP

## DATA

20/11/2019

## ESPECIFICAÇÃO:

**Valor Serviço Prestado:** 624,20

## DESCONTOS:

1. Contr. INSS:	68,66
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:** 68,66**ÍQUIDO:** 555,54

## ASSINATURA

## NOME COMPLETO

ANA ROSA SALGADO DE CAMPOS

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