

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 | DEGGUY EIGIUY | RENEFICIARIA DOS RENDIMENTOS |

| CPF | Nome Completo | |
|--|------------------------|--|
| 830.552.668-20 | MAURO HONORIO DA SILVA | |
| 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) | 179.795,80 |
| 02. Contribuição Previdenciária Oficial | 4.209,38 |
| 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 |
| 05. Imposto de Renda Retido | 40.445,09 |

4. RENDIMENTOS ISENTOS E NÃO TRIBUTÁVEIS

| VALORES EM REAIS |
|------------------|
|------------------|

| 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\$ 2.668,50 | | | |
|-----------------------------|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

7. RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES

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

Aprovado pela IN/SRF nº 120/2000