

Recibo de Pagamento a Contribuinte Individual - RPCI

N* RECIB

000000299

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

18/10/2019

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**ÍQUIDO:** 550,20

ASSINATURA

NOME COMPLETO

CLOVIS VIEIRA MARQUES JUNIOR

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