

## Recibo de Pagamento a Contribuinte Individual - RPCI

N\* RECIBO

000000307

**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\$ **1.100,40 -- ( um mil, cem reais e quarenta centavos )**, conforme discriminativo abaixo :

## NÚMERO DE INSCRIÇÃO

**INSS/PIS** 10933514678  
**CPF:** 740.965.758-87

## IDENTIDADE/RC

**NÚMERO**  
**ÓRGÃO EMISSOR****UF:**

## ENDEREÇO

MAJOR JOSE DOS SANTOS MOREIRA, 466  
SAO BENEDITO  
Pindamonhangaba - SP

## LOCALIDADE

Pindamonhangaba - SP

## DATA

18/10/2019

## ESPECIFICAÇÃO:

**Valor Serviço Prestado:** 1.236,40

## DESCONTOS:

1. Contr. INSS:	136,00
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:** 136,00**LÍQUIDO:** 1.100,40

## ASSINATURA

## NOME COMPLETO

JOSE LUIZ CASTRO DE MELLO CESAR

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