

**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\$ 7.855,46 -- ( sete mil, oitocentos e cinquenta e cinco reais e quarenta e seis centavos ), conforme discriminativo abaixo :

**NÚMERO DE INSCRIÇÃO**

**INSS/PIS:** 11723341384  
**CPF:** 363.946.967-49

**IDENTIDADE / RG**

**NÚMERO:**  
**ÓRGÃO EMISSOR:** **UF:**

**ENDEREÇO**

DOUTOR FREDERICO MACHADO, 105  
SAO BENEDITO  
Pindamonhangaba - SP

**LOCALIDADE****DATA**

Pindamonhangaba - SP

20/12/2018

**ESPECIFICAÇÃO :**

**Valor Serviço Prestado:** 9.636,00

**DESCONTOS :**

1. Contr. INSS:	0,00
2. INSS Frete:	0,00
3. IRF:	1.780,54
4. ISS:	0,00
5. Outros Desc:	0,00
6. Pensão Jud:	0,00

**Total Desc tos:** 1.780,54

**LÍQUIDO:** 7.855,46

**ASSINATURA****NOME COMPLETO**

MARCOS AURELIO VILLARDI

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