

MODELO DE PREENCHIMENTO - VER QUADRO ABAIXO

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

NOME OU RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

LIFE EMPRESARIAL SAÚDE LTDA. (01)

MATRÍCULA (CNPJ OU IMSS)

04.558.034/0001-57 (02)

RECEBI DA EMPRESA ACIMA IDENTIFICADA, PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

ODONTOLOGIA (3)

A IMPORTÂNCIA DE **R\$**

890,00 (4) (oitocentos e noventa reais)(5)

CONFORME DISCRIMINADO ABAIXO:

SALÁRIO BASE	TAXA	VALOR R\$
1.000,00(6)	11%	110,00

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	
NO INSS:	000.000.00000.0 (8)
NO CPF:	000.000.000-00 (9)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
NÚMERO	ÓRGÃO EMISSOR
XXXXXXXXXXXXXXXX (12)	XXXX (13)

LOCALIDADE	DATA
XXXXXXXXXXXXXXXX (14)	XX.XX.XXXX (15)

ESPECIFICAÇÃO

I. VALOR DO SERVIÇO PRESTADO	R\$	1.000,00 (7)
II.	R\$	-
	SOMA	R\$ 1.000,00

DESCONTOS

III. IRRF	R\$	0,00
IV. INSS	R\$ (10)	110,00
V. ISSQN	R\$	0,00
	VALOR LÍQUIDO R\$ (11)	890,00

ASSINATURA: (16)

NOME COMPLETO:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (17)

01 - Razão social da empresa
02 - CNPJ da empresa
03 - Descrição do serviço - odontologia
04 - Preencher com o valor líquido
05 - Valor por extenso
06 - Valor bruto
07 - Valor bruto
08 - Número de inscrição de prestador no INSS - caso não possua COLOQUE O NÚMERO DO PIS
09 - Número do CPF
10 - Valor do INSS
11 - Valor líquido = valor bruto - impostos
12 - Número do RG
13 - Órgão expedidor
14 - Localidade por extenso
15 - Data do mês do repasse (um para cada repasse)
16 - Assinatura do prestador
17 - Nome completo por extenso