

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 1.000,00(6) | TAXA 11% | VALOR R\$ 110,00 |
|-----------------------------|-------------|----------------------------|

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

| | |
|---|-----------------------------------|
| DOCUMENTO DE IDENTIDADE | |
| NÚMERO XXXXXXXXXXXXXXXXX (12) | ÓRGÃO EMISSOR XXXX (13) |

| | |
|---|--------------------------------|
| LOCALIDADE XXXXXXXXXXXXXXXXX (14) | DATA 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:
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (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 |