



RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPI

Nº DO RECIBO

NOME OU RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

MATRÍCULA (CNPJ OU INSS)

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO SETOR ELÉTRICO (E-VIDA)**11.828.089/0001-03**

RECEBI DA EMPRESA ACIMA IDENTIFICADA, PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA A IMPORTÂNCIA DE R\$ (.....),
CONFORME DISCRIMINAÇÃO ABAIXO:

Comunicado: todos os campos do presente recibo são de preenchimento obrigatório. O não preenchimento ou preenchimento incorreto poderá invalidá-lo

ESPECIFICAÇÃO

I- VALOR DO SERVIÇO PRESTADO.....R\$.....

NÚMERO DE INSCRIÇÃO

DO INSS:

NO CPF:

Tributação: os valores de tributos e encargos serão retidos diretamente sobre o serviço prestado, sendo devidamente calculados e recolhidos pela tomadora do serviço.

DOCUMENTO DE IDENTIDADE

NÚMERO

ORGÃO EMISSOR

ASSINATURA/CARIMBO

LOCALIDADE

DATA

NOME COMPLETO



RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - F

NOME OU RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA	Nº DO RECIBO
CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO SETOR ELÉTRICO (E-VIDA)	MATRÍCULA (CNPJ OU INSS)
	11.828.089/0001-03

RECEBI DA EMPRESA ACIMA IDENTIFICADA, PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA A IMPORTÂNCIA DE R\$ (.....),
CONFORME DISCRIMINAÇÃO ABAIXO:

Comunicado: todos os campos do presente recibo são de preenchimento obrigatório. O não preenchimento ou preenchimento incorreto poderá invalidá-lo	ESPECIFICAÇÃO I- VALOR DO SERVIÇO PRESTADO.....R\$.....
	Tributação: os valores de tributos e encargos serão retidos diretamente sobre o serviço prestado, sendo devidamente calculados e recolhidos pela tomadora do serviço.
NÚMERO DE INSCRIÇÃO	
DO INSS:	
NO CPF:	
DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
NÚMERO	ORGÃO EMISSOR
LOCALIDADE	DATA
	ASSINATURA/CARIMBO
	NOME COMPLETO