



Prefeitura de
Juiz de Fora

**RECIBO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
CONTRIBUINTE INDIVIDUAL**

Nº DO RPS

DADOS DO CONTRIBUINTE INDIVIDUAL

| | | | |
|------------------|-----|----------|------------------|
| NOME | | CPF | |
| PIS/PASEP OU NIT | CBO | TELEFONE | NATUREZA DESPESA |
| ENDEREÇO | | | |
| BAIRRO | | CIDADE | ESTADO |

DADOS DO CONTRATANTE

| | | | |
|----------------------------|--------|-----------------|-------------|
| PREFEITURA DE JUIZ DE FORA | | UNIDADE GESTORA | CNPJ |
| ENDEREÇO | | Nº | COMPLEMENTO |
| BAIRRO | CIDADE | ESTADO | |

Recebi da Prefeitura de Juiz de Fora a importância abaixo especificada, referente à prestação de serviços de:
HONORÁRIOS MÉDICOS _____, relativo ao período de _____, sendo:

| | |
|---|-----|
| Valor da mão-de-obra | R\$ |
| Valor dos insumos (quando for o caso) | R\$ |
| Valor total da remuneração devida | R\$ |
| Retenção de 2,5% relativos ao SEST e SENAT sobre o valor da mão-de-obra | R\$ |
| Retenção de 11% relativo à Contribuição Previdenciária (Base de cálculo: R\$.----- - vide comprovante(s) anexo(s)) | R\$ |
| Valor da remuneração paga | R\$ |

OBS: ESTE RECIBO SÓ TERÁ VALIDADE NA DATA EM QUE FOR CREDITADA A IMPORTÂNCIA ACIMA NA CONTA DO FAVORECIDO, SUJEITANDO-SE ÀS RETENÇÕES (IR E ISSQN) QUE FOREM PERTINENTES.

JUIZ DE FORA, _____ de _____ de 20__ ,

Assinatura / Carimbo