

RECIBO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO POR PESSOA FÍSICA

Nº DO RECIBO

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME/RAZÃO SOCIAL: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

CPF/CNPJ Nº: _____

PRESTADOR DE SERVIÇOS

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

RG Nº: _____ CPF Nº: _____

INSS Nº: _____

DEMONSTRATIVO

I. Valor do serviço prestado: _____

INSS (Consultar Tabela): _____ R\$ _____

Subtotal 1: _____ R\$ _____

IR (Consultar Tabela): _____ R\$ _____

Subtotal 2: _____ R\$ _____

ISS: _____ R\$ _____

Líquido: _____ R\$ _____

Total líquido por extenso: _____

RECEBI DO TOMADOR DE SERVIÇOS ACIMA IDENTIFICADO A IMPORTÂNCIA ACIMA DISCRIMINADA
COM OS DESCONTOS DE LEI, REFERENTE AOS MEUS SERVIÇOS PRESTADOS.

LOCAL

DATA

TOMADOR DE SERVIÇOS: (nome)

Assinatura