

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ANUAL UNIMED - Ano 2019

Ao
Recursos Humanos

Titular: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CPF: xxx.xxx.xxx-xx

Declaramos para os devidos fins e de acordo com a legislação vigente que em relação às faturas do Plano de Saúde da Unimed referente ao ano de **2019**, Contrato nº xxx/2009, celebrado com o Sindicato dos Trabalhadores da Educação Básica Técnica e Tecnológica do Paraná – SINDIEDUTEC-Sindicato, recebemos de xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx os valores abaixo especificados, repassado em sua integralidade à Unimed Curitiba - Sociedade Cooperativa de Médicos, os quais declaramos efetivamente quitados.

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
TITULAR	328.45	261.19	229.74	254.19	285.34	229.74	289.81	275.91	290.40	443.08	291.77	290.78	3470.40
DEPENDENTE 1	229.74	229.74	229.74	229.74	229.74	229.74	262.01	450.84	341.23	262.01	262.01	262.01	3218.55

Valor Total Pago: R\$ 6.688,95

Empresa: UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOP. DE MÉDICOS
CNPJ: 75.055.772/0001-20

Curitiba, 13 de Fevereiro de 2020

Atenciosamente,

Assinatura
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Presidente do SINDIEDUTEC