

**CLIENTE DO PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR**

Prezado(a) Cliente,

Encaminhamos a V.Sa. extrato das mensalidades e serviços médicos do seu Plano de Saúde pagas em 2016, com as respectivas datas de pagamento.

O referido extrato poderá ser utilizado como comprovante para sua Declaração de Imposto de Renda de

0  
1  
6

Qualquer divergência, contactar com o Setor de Atendimento ao Cliente - SAC através do fone: 0800-2805358

Atenciosamente,



**FONTE RECEBEDORA**

**UNIMED:** UNIMED CARIRI

**CNPJ:** 07.583.396/0001-96

**ENDEREÇO:** R. SANTA CLARA, 78 - SALESIANOS -  
JUAZEIRO DO NORTE - CE

**RESPONSÁVEL FINANCEIRO**

**NOME:** LUCAS EMANUEL DANTAS BARBOSA

**CPF:** 038.448.663-02

LUCAS EMANUEL D BARBOSA - 0

**Carteira:** 107 2004904348 - 9

**Ano Base:** 2016

Parcela	Data de Pagamento	Valor(R\$)
09/2016	08/09/2016	113,82
10/2016	10/10/2016	175,73
11/2016	08/11/2016	175,73
12/2016	08/12/2016	175,73
<b>Valor Total:</b>		<b>641,01</b>

WILLIA R F NASCIMENTO - 1

**Carteira:** 107 2004904349 - 7

**Ano Base:** 2016

Parcela	Data de Pagamento	Valor(R\$)
09/2016	08/09/2016	113,82
10/2016	10/10/2016	175,73
11/2016	08/11/2016	175,73
12/2016	08/12/2016	175,73
<b>Valor Total:</b>		<b>641,01</b>
<b>Total Geral:</b>		<b>1.282,02</b>