

**PLANO SAUDE SANTA CASA**

Data de Emissão.: 19/02/2025

CNPJ: 72127210000156

Hora de Emissão : 12:03

**INFORMATIVO PARA IMPOSTO DE RENDA - DMED**

Ano Calendário: 2024

**Titular / Responsável:** MARIA IRIDE SOLDI

**CPF:** 06327177859

**Endereço:** PCA DR HORACIO RAMALHO

CENTRO

TAQUARITINGA

SP **Cep:** 15900047

**Código:** 0129-34739

**00 Beneficiário:** MARIA IRIDE SOLDI

**CPF:** 06327177859

Mes Pagamento:	Valor da Parc.	Co-participação	Caixa:	Desconto:	Juros:	Val Pagamento:	Mes Ref:
02/2024	383,14	0,00	0,00	0,00	0,00	383,14	01/2024
03/2024	383,14	0,00	0,00	0,00	0,00	383,14	02/2024
04/2024	383,14	0,00	0,00	0,00	0,00	383,14	03/2024
05/2024	383,14	0,00	0,00	0,00	0,00	383,14	04/2024
06/2024	383,14	0,00	0,00	0,00	0,00	383,14	05/2024
07/2024	383,14	0,00	0,00	0,00	0,00	383,14	06/2024
06/2024	0,00	19,00	0,00	0,00	0,00	19,00	07/2024
08/2024	439,16	0,00	0,00	0,00	0,00	439,16	07/2024
07/2024	0,00	57,00	0,00	0,00	0,00	57,00	08/2024
09/2024	439,16	0,00	0,00	0,00	0,00	439,16	08/2024
10/2024	439,16	0,00	0,00	0,00	0,00	439,16	09/2024
08/2024	0,00	19,00	0,00	0,00	0,00	19,00	09/2024
11/2024	439,16	0,00	0,00	0,00	0,00	439,16	10/2024
09/2024	0,00	19,00	0,00	0,00	0,00	19,00	10/2024
12/2024	439,16	0,00	0,00	0,00	0,00	439,16	11/2024
01/2025	439,16	0,00	0,00	0,00	0,00	439,16	12/2024
<b>Total Benef.:</b>	4.933,80	114,00	0,00	0,00	0,00	5.047,80	
<b>Total Pago Família.:</b>	4.933,80	114,00	0,00	0,00	0,00	5.047,80	