

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: ELIANA APARECIDA MENEZES DA MOTTA

CPF: 13153088861

Endereço: RUA HORACIO MARTINHO

COND.TENNIS PARK TAQUARITINGA

SP **Cep:** 15909521

Código: 0129-40075		00		Beneficiário: ELIANA APARECIDA MENEZES DA MOTTA			CPF: 13153088861	
Mes Pagamento:	Valor da Parc.	Co-participação	Caixa:	Desconto:	Juros:	Val Pagamento:	Mes Ref:	
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	
08/2024	439,16	0,00	0,00	0,00	0,00	439,16	07/2024	
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	
09/2024	0,00	38,00	0,00	0,00	0,00	38,00	10/2024	
11/2024	439,16	0,00	0,00	0,00	0,00	439,16	10/2024	
10/2024	0,00	38,00	0,00	0,00	0,00	38,00	11/2024	
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	
12/2024	0,00	19,00	0,00	0,00	0,51	19,51	12/2024	
Total Benef.:	3.401,24	95,00	0,00	0,00	0,51	3.496,75		

Código: 0129-40075		01		Beneficiário: ALTAIR ALVES DA MOTTA			CPF: 04054149863	
Mes Pagamento:	Valor da Parc.	Co-participação	Caixa:	Desconto:	Juros:	Val Pagamento:	Mes Ref:	
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	
08/2024	439,16	0,00	0,00	0,00	0,00	439,16	07/2024	
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	
11/2024	439,16	0,00	0,00	0,00	0,00	439,16	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	
Total Benef.:	3.401,24	0,00	0,00	0,00	0,00	3.401,24		

Total Pago Família.: 6.802,48 95,00 0,00 0,00 0,51 6.897,99