

PLANO SAUDE SANTA CASA

CNPJ: 72127210000156

INFORMATIVO PARA IMPOSTO DE RENDA - DMED

Data de Emissão..: 19/02/2025

Hora de Emissão : 12:03

Ano Calendário: 2024

Titular /Responsável: CLAUDETE DE FATIMA BIDO

CPF: 29274016832

Endereço: RUA HENRIQUE FOSS

TALAVASSO

TAQUARITINGA

SP **Cep:** 15902224

Código: 0129-34028

00

Beneficiário: CLAUDETE DE FATIMA BIDO

CPF: 29274016832

Mes Pagamento:

Valor da Parc.

Co-participação

Caixa:

Desconto:

Juros:

Val Pagamento:

Mes Ref:

01/2024

0,00

182,42

0,00

0,00

0,00

182,42

01/2024

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

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.:

4.933,80

182,42

0,00

0,00

0,00

5.116,22

Total Pago Família.:

4.933,80

182,42

0,00

0,00

0,00

5.116,22