

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: BRAZ NAPOLEAO DA SILVA

CPF: 43494676887

Endereço: RUA BERNARDINO SAMPAIO

CENTRO

TAQUARITINGA

SP **Cep:** 15900025

Código: 0129-12988

00

Beneficiário: BRAZ NAPOLEAO DA SILVA

CPF: 43494676887

Mes Pagamento:

Valor da Parc.

Co-participação

Caixa:

Desconto:

Juros:

Val Pagamento:

Mes Ref:

01/2024

0,00

19,00

0,00

0,00

0,00

19,00

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

02/2024

0,00

19,00

0,00

0,00

0,00

19,00

02/2024

04/2024

383,14

0,00

0,00

0,00

0,00

383,14

03/2024

03/2024

0,00

19,00

0,00

0,00

0,00

19,00

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

04/2024

0,00

19,00

0,00

0,00

0,00

19,00

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

76,00

0,00

0,00

0,00

5.009,80

Total Pago Família.:

4.933,80

76,00

0,00

0,00

0,00

5.009,80