

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: MATILDE SORIANO PONTES

CPF: 04392632806

Endereço: AV FREDERICO DIAS COELHO

JD SAO SEBASTIAO

TAQUARITINGA

SP Cep: 15903080

Código: 0129-12189	00	Beneficiário: MATILDE SORIANO PONTES					CPF: 04392632806		
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		
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	0,00	0,00	0,00	0,00	4.933,80			
Total Pago Família.:	4.933,80	0,00	0,00	0,00	0,00	4.933,80			