

PLANO SAUDE SANTA CASA

CNPJ: 72127210000156

INFORMATIVO PARA IMPOSTO DE RENDA - DMED

Data de Emissão..: 19/02/2025

Hora de Emissão : 12:01

Ano Calendário: 2024

Titular / Responsável: EMA FORMICE

CPF: 15618974851

Endereço: RUA LUIZ CALIL

JD BELA VISTA

TAQUARITINGA

SP **Cep:** 15905016

Código: 0063-09088

00 Beneficiário: EMA FORMICE

CPF: 15618974851

Mes Pagamento:	Valor da Parc.	Co-participação	Caixa:	Desconto:	Juros:	Val Pagamento:	Mes Ref:
12/2023	0,00	51,00	0,00	0,00	0,00	51,00	01/2024
02/2024	351,24	0,00	0,00	0,00	0,00	351,24	01/2024
03/2024	351,24	0,00	0,00	0,00	0,00	351,24	02/2024
04/2024	351,24	0,00	0,00	0,00	0,00	351,24	03/2024
05/2024	351,24	0,00	0,00	0,00	0,00	351,24	04/2024
06/2024	400,55	0,00	0,00	0,00	0,00	400,55	05/2024
07/2024	400,55	0,00	0,00	0,00	0,00	400,55	06/2024
08/2024	400,55	0,00	0,00	0,00	0,00	400,55	07/2024
09/2024	400,55	0,00	0,00	0,00	0,00	400,55	08/2024
10/2024	400,55	0,00	0,00	0,00	0,00	400,55	09/2024
11/2024	400,55	0,00	0,00	0,00	0,00	400,55	10/2024
12/2024	400,55	0,00	0,00	0,00	0,00	400,55	11/2024
02/2025	400,55	0,00	0,00	0,00	0,00	400,55	12/2024
Total Benef.:	4.609,36	51,00	0,00	0,00	0,00	4.660,36	
Total Pago Família.:	4.609,36	51,00	0,00	0,00	0,00	4.660,36	