

**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:** JOSE EDNILSON MOUTIN

**CPF:** 27867512845

**Endereço:** RUA FRANCISCO PONZIO

VILA ROSA

TAQUARITINGA

SP **Cep:** 15900086

**Código:** 0063-09097

**Beneficiário:** JOSE EDNILSON MOUTIN

**CPF:** 27867512845

<b>Mes Pagamento:</b>	<b>Valor da Parc.</b>	<b>Co-participação</b>	<b>Caixa:</b>	<b>Desconto:</b>	<b>Juros:</b>	<b>Val Pagamento:</b>	<b>Mes Ref:</b>
02/2024	230,39	0,00	0,00	0,00	0,00	230,39	01/2024
03/2024	230,39	0,00	0,00	0,00	0,00	230,39	02/2024
04/2024	230,39	0,00	0,00	0,00	0,00	230,39	03/2024
05/2024	230,39	0,00	0,00	0,00	0,00	230,39	04/2024
06/2024	262,74	0,00	0,00	0,00	0,00	262,74	05/2024
07/2024	262,74	0,00	0,00	0,00	0,00	262,74	06/2024
08/2024	262,74	0,00	0,00	0,00	0,00	262,74	07/2024
09/2024	262,74	0,00	0,00	0,00	0,00	262,74	08/2024
10/2024	262,74	0,00	0,00	0,00	0,00	262,74	09/2024
11/2024	262,74	0,00	0,00	0,00	0,00	262,74	10/2024
12/2024	262,74	0,00	0,00	0,00	0,00	262,74	11/2024
02/2025	262,74	0,00	0,00	0,00	0,00	262,74	12/2024
<b>Total Benef.:</b>	3.023,48	0,00	0,00	0,00	0,00	3.023,48	
<b>Total Pago Família.:</b>	3.023,48	0,00	0,00	0,00	0,00	3.023,48	