

Imposto de Renda Usuário - Resultado

SISTEMA DE CONTROLE DE PLANO DE SAÚDE**INFORME DE PAGAMENTO DE MENSALIDADES PLANO DE SAÚDE - ANO BASE: 2011****DATA EMISSÃO: 14/02/2012****Fonte Receptora:** HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**CGC:** 63.554.067/0001-98**Endereço:** AV. HERÁCLITO GRAÇA, 406 BAIRRO CENTRO - FORTALEZA/CE**Fonte Pagadora:** ISAQUE RIBEIRO**Código Usuário:** 00100882984**Situação:** ATIVO**Endereço:** R ARTERIAL A-5 145 COQUEIRO
67140570 ANANINDEUA PA

Documento	Data Pgto.	VI. Nominal	Juros / Desc.	Valor P:
215640201	10/01/2011	R\$ 149.77	R\$ 0.00	R\$ 149
218078911	15/02/2011	R\$ 149.77	R\$ 0.00	R\$ 149
220575528	03/03/2011	R\$ 149.77	R\$ 0.00	R\$ 149
223108947	08/04/2011	R\$ 149.77	R\$ 0.00	R\$ 149
225727970	09/05/2011	R\$ 149.77	R\$ 0.00	R\$ 149
229294955	08/06/2011	R\$ 149.77	R\$ 0.00	R\$ 149
232094724	08/07/2011	R\$ 149.77	R\$ 0.00	R\$ 149
235096116	08/08/2011	R\$ 149.77	R\$ 0.00	R\$ 149
239037920	12/09/2011	R\$ 149.77	R\$ 0.00	R\$ 149
242588134	11/10/2011	R\$ 149.77	R\$ 0.00	R\$ 149
246261121	07/11/2011	R\$ 161.29	R\$ 0.00	R\$ 161
250117773	13/12/2011	R\$ 161.29	R\$ 0.00	R\$ 161
TOTAL:		R\$ 1,820.28	R\$ 0.00	R\$ 1,820

UsuárioDACILEIA PEREIRA MARINHO
ISAQUE RIBEIRO**Tipo**DEPENDENTE
TITULAR**VI. Nominal**R\$ 0.00
R\$ 1,820.28**TOTAL:R\$ 1,820.28***** Valores pagos em co-participação de procedimento.**