



HUMANA SAUDE NORDESTE LTDA

CNPJ: 00.361.325/0001-08

ANS nº 357511

DECLARAÇÃO DE DESPESAS MÉDICAS

Ano-Calendário: 2024

Declaramos para os devidos fins de Declaração de Imposto de Renda que o(a) Sr.(a) FLORIGNE DA SILVA HIDD, portador(a) do CPF 184.004.423-34, efetuou os pagamentos dos valores de Plano de Saúde descritos abaixo à empresa HUMANA SAUDE NORDESTE LTDA, inscrita no CNPJ sob o número 00.361.325/0001-08.

Valores totalizados

| Mês | Dt. de vencimento | Dt. pagamento | Valor pago |
|-----|-------------------|---------------|------------|
| 01 | 1/10/2024 | 1/10/2024 | 1.093,90 |
| 02 | 2/15/2024 | 2/15/2024 | 1.093,90 |
| 03 | 3/10/2024 | 3/11/2024 | 1.110,10 |
| 04 | 4/20/2024 | 4/22/2024 | 1.110,10 |
| 05 | 5/24/2024 | 5/24/2024 | 1.179,89 |
| 05 | 5/24/2024 | 5/27/2024 | 24,00 |
| 06 | 6/10/2024 | 6/10/2024 | 1.654,26 |
| 07 | 7/10/2024 | 7/10/2024 | 1.630,26 |
| 08 | 8/10/2024 | 8/12/2024 | 1.387,63 |
| 09 | 9/10/2024 | 9/10/2024 | 1.387,63 |
| 10 | 10/10/2024 | 10/10/2024 | 1.387,63 |
| 11 | 11/10/2024 | 11/11/2024 | 1.387,63 |
| 12 | 12/10/2024 | 12/10/2024 | 1.387,63 |

| | |
|------------|------------------|
| Ano | 15.834,56 |
|------------|------------------|

Valores discriminados

| Categoria | Nome | CPF |
|------------|------------------------|------------------------|
| Titular | FLORIGNE DA SILVA HIDD | 184.004.423-34 |
| | | Mensalidade: 24,00 |
| | | Total: 24,00 |
| Titular | FLORIGNE DA SILVA HIDD | 184.004.423-34 |
| | | Mensalidade: 9.516,16 |
| | | Total: 9.516,16 |
| Dependente | VICTOR E SILVA HIDD | 014.733.253-23 |
| | | Mensalidade: 24,00 |
| | | Total: 24,00 |
| Dependente | VICTOR E SILVA HIDD | 014.733.253-23 |
| | | Mensalidade: 6.270,40 |
| | | Total: 6.270,40 |