



Extrato por período

Cliente: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE EMENDAS

Conta: 3619 | 006 | 00624003-0

Data: 14/01/2025 - 16:45

Mês: Dezembro/2024

Período: 1 - 31

Extrato

| Data Mov. | Nr. Doc. | Histórico | Valor | Saldo |
|------------|----------|----------------|--------------|--------------|
| | 000000 | SALDO ANTERIOR | 0,00 | 0,00 |
| 27/12/2024 | 000000 | CRED.AUTOR | 614.979,00 C | 614.979,00 C |

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104