



Extrato por período

Cliente: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE EMENDAS

Conta: 3619 | 006 | 00624004-9

Data: 14/01/2025 - 16:46

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	95.192,00 C	95.192,00 C

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104