



## Extrato por período

Grau de sigilo  
#PESSOAL

**Cliente: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE EMENDAS**

Conta: 1826/006/00624029-4

Data: 06/01/2025 - 10:02

PERÍODO

**DEZ/2024**

### Movimentações desde o dia 01/12/2024 até o dia 31/12/2024

DATA	NR. DOC.	HISTÓRICO	VALOR (R\$)	SALDO (R\$)
27/12/2024	0	CRED.AUTOR	101.402,00 C	101.402,00 C

**SAC CAIXA:** 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)

**Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala:** 0800 726 2492

**Ouvidoria:** 0800 725 7474

**caixa.gov.br**