

**Extrato por período**

Cliente: HOSPITAL CESAR LEITE

Conta: 4259 | 003 | 00000737-9

Data: 04/09/2023 - 07:52

Mês: Setembro/2023

Período: 1 - 4

INEXIGIBILIDADE
034/23

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00
31/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
01/09/2023	000341	CRED TED	71.400,00 C	71.400,00 C
01/09/2023	000054	TAR CADAST	36,50 D	71.363,50 C
01/09/2023	000000	SALDO DIA		71.363,50 C

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Atô CAIXA: 0800 104 0104