



## Extrato por período

**Cliente:** INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL P  
**Conta:** 0678 / 003 / 00002870-5  
**Data:** 14/10/2021 - 16:38  
**Mês:** Setembro/2021  
**Período:** 01 - 30

### Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	13.475,66 C
09/09/2021	000237	CRED TED	37.000,00 C	50.475,66 C
10/09/2021	000678	DEB. AUTOR.	36.246,37 D	14.229,29 C
10/09/2021	082021	DB CEST PJ	459,00 D	13.770,29 C
28/09/2021	281520	ENVIO TEV	270,00 D	13.500,29 C

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104