

**FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

AVENIDA CANAÃ  
12.124.231/0001-96

Exercício: 2025

**ORDEM DE PAGAMENTO**

ORDEM DE PAGAMENTO 03961

DATA: 10/07/2025 VENTO:10/07/2025 PAGTO: 10/07/2025  
Credor...: HALLYSSON DOURADO DA SILVA CNPJ: 030.086.793-07 Cod: 2756  
Endereço:  
Cidade...: CEP:

**Discriminação...:**

VALOR QUE SE EMPENHA REF A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PEDIATRA 06/2025, C ONFORME CONTRATO FIRMADO.

Valor **5.900,00**

(cinco mil e novecentos reais) \* \* \* \* \*  
\* \* \* \* \*  
\* \* \* \* \*

Despesa Bruta: . . . . . **R\$ 5.900,00**

EMP/SUB N.	LOCAL	FUNCIONAL	NATUREZA	VALOR	ANULAÇÃO	DESCONTO	LÍQUIDO
71002 / 1	OR 020900	10.122.1004.2040.0000	3.3.90.36.00	R\$ 5.900,00	R\$ 0,00	R\$ 841,79	R\$ 5.058,21
TOTAL . . . .				R\$ 5.900,00	R\$ 0,00	R\$ 841,79	R\$ 5.058,21

Despesa Líquida: . . . . . **R\$ 5.058,21**

ORDEM DE PAGAMENTO

PAGUE-SE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ROMULO COSTA ARRUDA  
PREFEITO MUNICIPAL

Pagamento efetuado com o(s) seguinte(s) Recurso(s) :

Banco	Conta	Cheque	Valor R\$
001	10857-X		5.058,21
TOTAL. . .			R\$ 5.058,21

Despesa paga em 10/07/2025 Com os recursos acima discriminados

ADRIANA ALVES BARBOSA CONCEICAO  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

RECIBO: Recebi (emos) o valor constante desse(s) Empenho(s)

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ass: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
CGC/CPF: \_\_\_\_\_