

**FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

AVENIDA CANAÃ  
12.124.231/0001-96

Exercício: 2025

**ORDEM DE PAGAMENTO**

ORDEM DE PAGAMENTO 04555

DATA: 11/08/2025 VENCTO:11/08/2025 PAGTO: 11/08/2025  
Credor...: AMANDA KARINE SANTOS FIRMO CNPJ: 605.032.633-97 Cod: 3066  
Endereço:  
Cidade...: CEP:

**Discriminação...:**

VALOR QUE SE EMPENHA REF A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, GINECOLOGISTA 07/2025.

Valor **3.180,00**

(três mil, cento e oitenta reais) \* \* \* \* \*  
\* \* \* \* \*  
\* \* \* \* \*

Despesa Bruta: . . . . . **R\$ 3.180,00**

EMP/SUB N.	LOCAL	FUNCIONAL	NATUREZA	VALOR	ANULAÇÃO	DESCONTO	LÍQUIDO
81100 / 1	OR 020900	10.122.1004.2040.0000	3.3.90.36.00	R\$ 3.180,00	R\$ 0,00	R\$ 169,80	R\$ 3.010,20
TOTAL . . . .				R\$ 3.180,00	R\$ 0,00	R\$ 169,80	R\$ 3.010,20

Despesa Líquida: . . . . . **R\$ 3.010,20**

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		3.010,20
TOTAL. . .			R\$ 3.010,20

Despesa paga em 11/08/2025 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: \_\_\_\_\_