

**FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**AVENIDA CANAÃ  
12.124.231/0001-96

Exercício: 2025

**ORDEM DE PAGAMENTO**

Página 1

ORDEM DE PAGAMENTO 02171

DATA: 10/04/2025 VENCTO:10/04/2025 PAGTO: 10/04/2025  
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 03/2025.

Valor **3.187,00**

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

Despesa Bruta: . . . . . **R\$ 3.187,00**

| EMP/SUB N.    | LOCAL     | FUNCIONAL             | NATUREZA     | VALOR        | ANULAÇÃO | DESCONTO   | LÍQUIDO      |
|---------------|-----------|-----------------------|--------------|--------------|----------|------------|--------------|
| 41002 / 1     | OR 020900 | 10.122.1004.2040.0000 | 3.3.90.36.00 | R\$ 3.187,00 | R\$ 0,00 | R\$ 186,50 | R\$ 3.000,50 |
| TOTAL . . . . |           |                       |              | R\$ 3.187,00 | R\$ 0,00 | R\$ 186,50 | R\$ 3.000,50 |

Despesa Líquida: . . . . . **R\$ 3.000,50**

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 |        | 3.000,50     |
| TOTAL. . . |         |        | R\$ 3.000,50 |

Despesa paga em 10/04/2025 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: \_\_\_\_\_