



CAMARA MUNICIPAL DE CONGO

70097829000130

RUA RUA SENADOR RUY CARNEIRO, 38 CENTRO CONGO-PB CEP:58535-000
FONE: (83) 3359-1032 FAX: (83) 3359-1032

DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA

Número: 0000241	Data de Emissão: 27/09/2023	Código: 1 - INSS	
Credor: INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL		Tipo: <div>1-Pessoa Física 2 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento</div>	CNPJ/CPF: 29.979.036/0163-06
Endereço: Pendente. SN		Complemento:	
Bairro: CENTRO	Cidade / UF: CONGO - PB		CEP: 58535-000
Especificação da Despesa: REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DE SETEMBRO AO ANO EM CURSO.			Dados do Resto a Pagar Ano: Número do Empenho: Parcela:
Retenções:			
Valor Bruto: 456,19	Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido: 456,19	
Ass. Ordenador de Despesas: em: 27/09/2023	Liquidação: em: ____/____/____ Ass.	Pague-se em: ____/____/____ Ass.	Cheque Op. - Nº Ass. Tesoureiro
Recibo Recebi a importância de R\$ 456,19 (Quatrocentos e Cinquenta e Seis Reais e Dezenove Centavos), referentes ao pagamento das despesas constantes desta nota extra-orçamentária. CONGO/PB, ____ de ____ de ____ _____ INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL			

CAMARA MUNICIPAL DE CONGO

70097829000130

RUA RUA SENADOR RUY CARNEIRO, 38 CENTRO CONGO-PB CEP:58535-000
FONE: (83) 3359-1032 FAX: (83) 3359-1032



DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA

Número: 0000242	Data de Emissão: 27/09/2023	Código: 1 - INSS	
Credor: INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL		Tipo: 2 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento	CNPJ/CPF: 29.979.036/0163-06
Endereço: Pendente. SN		Complemento:	
Bairro: CENTRO	Cidade / UF: CONGO - PB		CEP: 58535-000

Especificação da Despesa:

REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS PARTE SEGURADO,
RELATIVO AO MÊS DE SETEMBRO AO ANO EM CURSO.

Dados do Resto a Pagar

Ano:

Número do Empenho:

Parcela:

Retenções:

Valor Bruto:

456,19

Total das Deduções:

0,00

Valor Líquido:

456,19

Ass. Ordenador de Despesas:

em: **27/09/2023**

Ass.

Liquidação:

em: ____/____/____

Ass.

Pague-se

em: ____/____/____

Ass.

Cheque Op. - Nº

Ass. Tesoureiro

Recibo

Recebi a importância de R\$ 456,19 (Quatrocentos e Cinquenta e Seis Reais e Dezenove Centavos), referentes ao pagamento das despesas constantes desta nota extra-orçamentária.

CONGO/PB, ____ de ____ de ____

INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL



CAMARA MUNICIPAL DE CONGO

70097829000130

RUA RUA SENADOR RUY CARNEIRO, 38 CENTRO CONGO-PB CEP:58535-000
FONE: (83) 3359-1032 FAX: (83) 3359-1032

DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA

Número: 0000243	Data de Emissão: 27/09/2023	Código: 1 - INSS
Credor: INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL		Tipo: <div><div>2</div><div>1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento</div></div>
Endereço: Pendente. SN		CNPJ/CPF: 29.979.036/0163-06
Bairro: CENTRO		Cidade / UF: CONGO - PB
		CEP: 58535-000

Especificação da Despesa:
REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS PARTE SEGURADO,
RELATIVO AO MÊS DE SETEMBRO AO ANO EM CURSO.

Dados do Resto a Pagar
Ano:
Número do Empenho
Parcela:

Retenções:

Valor Bruto: 124,47	Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido: 124,47
Ass. Ordenador de Despesas: em: 27/09/2023	Liquidação: em: ____/____/____	Pague-se em: ____/____/____
Ass.	Ass.	Ass.
		Cheque Op. - Nº
		Ass. Tesoureiro

Recibo

Recebi a importância de R\$ 124,47 (Cento e Vinte e Quatro Reais e Quarenta e Sete Centavos), referentes ao pagamento das despesas constantes desta nota extra-orçamentária.

CONGO/PB, ____ de ____ de ____

INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL

CAMARA MUNICIPAL DE CONGO

70097829000130

RUA RUA SENADOR RUY CARNEIRO, 38 CENTRO CONGO-PB CEP:58535-000
FONE: (83) 3359-1032 FAX: (83) 3359-1032



DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA

Número: 0000244	Data de Emissão: 27/09/2023	Código: 1 - INSS
Credor: INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL		Tipo: <div>1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento</div> <div>2</div>
Endereço: Pendente. SN		CNPJ/CPF: 29.979.036/0163-06
Bairro: CENTRO		Cidade / UF: CONGO - PB
		CEP: 58535-000

Especificação da Despesa:
REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DE SETEMBRO AO ANO EM CURSO.

Dados do Resto a Pagar

Ano:

Número do Empenho:

Parcela:

Retenções:

Valor Bruto:

456,19

Total das Deduções:

0,00

Valor Líquido:

456,19

Ass. Ordenador de Despesas:

em: **27/09/2023**

Ass.

Liquidação:

em: ____/____/____

Ass.

Pague-se

em: ____/____/____

Ass.

Cheque Op. - Nº

Ass. Tesoureiro

Recibo

Recebi a importância de R\$ 456,19 (Quatrocentos e Cinquenta e Seis Reais e Dezenove Centavos), referentes ao pagamento das despesas constantes desta nota extra-orçamentária.

CONGO/PB, ____ de ____ de ____

INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL



CAMARA MUNICIPAL DE CONGO

70097829000130

RUA RUA SENADOR RUY CARNEIRO, 38 CENTRO CONGO-PB CEP:58535-000

FONE: (83) 3359-1032 FAX: (83) 3359-1032

DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA

Número: 0000245	Data de Emissão: 27/09/2023	Código: 1 - INSS
Credor: INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL		Tipo: 2 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento
Endereço: Pendente. SN		CNPJ/CPF: 29.979.036/0163-06
Complemento:		
Bairro: CENTRO	Cidade / UF: CONGO - PB	CEP: 58535-000

Especificação da Despesa:
REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS PARTE SEGURADO,
RELATIVO AO MÊS DE SETEMBRO AO ANO EM CURSO.

Dados do Resto a Pagar

Ano:

Número do Empenho:

Parcela:

Retenções:

Valor Bruto: 99,27	Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido: 99,27
------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Ass. Ordenador de Despesas: em: 27/09/2023	Liquidação: em: ____/____/____	Pague-se em: ____/____/____	Cheque Op. - Nº
Ass.	Ass.	Ass.	Ass. Tesoureiro

Recibo

Recebi a importância de R\$ 99,27 (Noventa e Nove Reais e Vinte e Sete Centavos), referentes ao pagamento das despesas constantes desta nota extra-orçamentária.

CONGO/PB, ____ de ____ de ____

INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL



CAMARA MUNICIPAL DE CONGO

70097829000130
RUA RUA SENADOR RUY CARNEIRO, 38 CENTRO CONGO-PB CEP:58535-000
FONE: (83) 3359-1032 FAX: (83) 3359-1032

DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA

Número: 0000246	Data de Emissão: 27/09/2023	Código: 1 - INSS	
Credor: INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL		Tipo: <div>1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento</div> <div>2</div>	CNPJ/CPF: 29.979.036/0163-06
Endereço: Pendente. SN		Complemento:	
Bairro: CENTRO	Cidade / UF: CONGO - PB		CEP: 58535-000
Especificação da Despesa: REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DE SETEMBRO AO ANO EM CURSO.		Dados do Resto a Pagar Ano: Número do Empenho: Parcela: 	
Retenções:			
Valor Bruto: 456,19	Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido: 456,19	
Ass. Ordenador de Despesas: em: 27/09/2023	Liquidação: em: ____/____/____	Pague-se em: ____/____/____	Cheque Op. - Nº Ass. Tesoureiro
Ass.	Ass.	Ass.	
<div>Recibo</div> <p>Recebi a importância de R\$ 456,19 (Quatrocentos e Cinquenta e Seis Reais e Dezenove Centavos), referentes ao pagamento das despesas constantes desta nota extra-orçamentária.</p> <p>CONGO/PB, ____ de ____ de ____</p> <p>_____ INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL</p>			

CAMARA MUNICIPAL DE CONGO

70097829000130

RUA RUA SENADOR RUY CARNEIRO, 38 CENTRO CONGO-PB CEP:58535-000
FONE: (83) 3359-1032 FAX: (83) 3359-1032



DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA

Número: 0000247	Data de Emissão: 27/09/2023	Código: 1 - INSS
Credor: INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL		Tipo: 2 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento
Endereço: Pendente. SN		CNPJ/CPF: 29.979.036/0163-06
Bairro: CENTRO		Cidade / UF: CONGO - PB
		CEP: 58535-000
Especificação da Despesa: REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DE SETEMBRO AO ANO EM CURSO.		Dados do Resto a Pagar Ano: Número do Empenho: Parcela:

Retenções:

Valor Bruto: 456,19	Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido: 456,19
Ass. Ordenador de Despesas: em: 27/09/2023	Liquidação: em: ____/____/____ Ass.	Pague-se em: ____/____/____ Ass.
		Cheque Op. - Nº Ass. Tesoureiro

Recibo

Recebi a importância de R\$ 456,19 (Quatrocentos e Cinquenta e Seis Reais e Dezenove Centavos), referentes ao pagamento das despesas constantes desta nota extra-orçamentária.

CONGO/PB, ____ de ____ de ____

INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL

CAMARA MUNICIPAL DE CONGO

70097829000130

RUA RUA SENADOR RUY CARNEIRO, 38 CENTRO CONGO-PB CEP:58535-000
FONE: (83) 3359-1032 FAX: (83) 3359-1032



DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA

Número: 0000248	Data de Emissão: 27/09/2023	Código: 1 - INSS
Credor: INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL		Tipo: 2 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento
Endereço: Pendente. SN		CNPJ/CPF: 29.979.036/0163-06
Complemento:		
Bairro: CENTRO	Cidade / UF: CONGO - PB	CEP: 58535-000

Especificação da Despesa:
REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS PARTE SEGURADO,
RELATIVO AO MÊS DE SETEMBRO AO ANO EM CURSO.

Dados do Resto a Pagar

Ano:

Número do Empenho:

Parcela:

Retenções:

Valor Bruto: 115,47	Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido: 115,47
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Ass. Ordenador de Despesas: em: 27/09/2023	Liquidação: em: ____/____/____	Pague-se em: ____/____/____	Cheque Op. - Nº
Ass.	Ass.	Ass.	Ass. Tesoureiro

Recibo

Recebi a importância de R\$ 115,47 (Cento e Quinze Reais e Quarenta e Sete Centavos), referentes ao pagamento das despesas constantes desta nota extra-orçamentária.

CONGO/PB, ____ de ____ de ____

INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL

CAMARA MUNICIPAL DE CONGO

70097829000130

RUA RUA SENADOR RUY CARNEIRO, 38 CENTRO CONGO-PB CEP:58535-000
FONE: (83) 3359-1032 FAX: (83) 3359-1032



DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA

Número: 0000249	Data de Emissão: 27/09/2023	Código: 1 - INSS
Credor: INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL		Tipo: 2 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento
Endereço: Pendente. SN		CNPJ/CPF: 29.979.036/0163-06
Complemento:		
Bairro: CENTRO	Cidade / UF: CONGO - PB	CEP: 58535-000

Especificação da Despesa:
**REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS PARTE SEGURADO,
RELATIVO AO MÊS DE SETEMBRO AO ANO EM CURSO.**

Dados do Resto a Pagar

Ano:

Número do Empenho:

Parcela:

Retenções:

Valor Bruto: 456,19	Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido: 456,19
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Ass. Ordenador de Despesas: em: 27/09/2023	Liquidação: em: ____/____/____	Pague-se em: ____/____/____	Cheque Op. - N°
Ass.	Ass.	Ass.	Ass. Tesoureiro

Recibo

Recebi a importância de R\$ 456,19 (Quatrocentos e Cinquenta e Seis Reais e Dezenove Centavos), referentes ao pagamento das despesas constantes desta nota extra-orçamentária.

CONGO/PB, ____ de ____ de ____

INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL



CAMARA MUNICIPAL DE CONGO

70097829000130

RUA RUA SENADOR RUY CARNEIRO, 38 CENTRO CONGO-PB CEP:58535-000
FONE: (83) 3359-1032 FAX: (83) 3359-1032

DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA

Número: 0000250	Data de Emissão: 27/09/2023	Código: 1 - INSS
Credor: INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL		Tipo: 2 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento
Endereço: Pendente. SN		CNPJ/CPF: 29.979.036/0163-06
Bairro: CENTRO		Cidade / UF: CONGO - PB
		CEP: 58535-000
Especificação da Despesa: REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DE SETEMBRO AO ANO EM CURSO.		Dados do Resto a Pagar Ano: Número do Empenho: Parcela:

Retenções:

Valor Bruto: 456,19	Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido: 456,19
Ass. Ordenador de Despesas: em: 27/09/2023	Liquidação: em: ____/____/____ Ass.	Pague-se em: ____/____/____ Ass.
		Cheque Op. - Nº Ass. Tesoureiro

Recibo

Recebi a importância de R\$ 456,19 (Quatrocentos e Cinquenta e Seis Reais e Dezenove Centavos), referentes ao pagamento das despesas constantes desta nota extra-orçamentária.

CONGO/PB, ____ de ____ de ____

INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL



CAMARA MUNICIPAL DE CONGO

70097829000130

RUA RUA SENADOR RUY CARNEIRO, 38 CENTRO CONGO-PB CEP:58535-000
FONE: (83) 3359-1032 FAX: (83) 3359-1032

DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA

Número: 0000251	Data de Emissão: 27/09/2023	Código: 1 - INSS
Credor: INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL		Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input checked="" type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento
Endereço: Pendente. SN		CNPJ/CPF: 29.979.036/0163-06
Bairro: CENTRO		Cidade / UF: CONGO - PB
		CEP: 58535-000

Especificação da Despesa:
REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS PARTE SEGURADO,
RELATIVO AO MÊS DE SETEMBRO AO ANO EM CURSO.

Dados do Resto a Pagar

Ano:

Número do Empenho:

Parcela:

Retenções:

Valor Bruto: 263,33	Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido: 263,33
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Ass. Ordenador de Despesas: em: 27/09/2023	Liquidação: em: ____/____/____	Pague-se em: ____/____/____	Cheque Op. - Nº
Ass.	Ass.	Ass.	Ass. Tesoureiro

Recibo

Recebi a importância de R\$ 263,33 (Duzentos e Sessenta e Três Reais e Trinta e Três Centavos), referentes ao pagamento das despesas constantes desta nota extra-orçamentária.

CONGO/PB, ____ de ____ de ____

INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL

CAMARA MUNICIPAL DE CONGO

70097829000130

RUA RUA SENADOR RUY CARNEIRO, 38 CENTRO CONGO-PB CEP:58535-000
FONE: (83) 3359-1032 FAX: (83) 3359-1032



DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA

Número: 0000252	Data de Emissão: 27/09/2023	Código: 1 - INSS
Credor: INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL		Tipo: 2 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento
Endereço: Pendente. SN		CNPJ/CPF: 29.979.036/0163-06
Complemento:		
Bairro: CENTRO	Cidade / UF: CONGO - PB	CEP: 58535-000

Especificação da Despesa:
REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS PARTE SEGURADO,
RELATIVO AO MÊS DE SETEMBRO AO ANO EM CURSO.

Dados do Resto a Pagar

Ano:

Número do Empenho

Parcela:

Retenções:

Valor Bruto: 771,19	Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido: 771,19
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Ass. Ordenador de Despesas: em: 27/09/2023	Liquidação: em: ____/____/____	Pague-se em: ____/____/____	Cheque Op. - N°
Ass.	Ass.	Ass.	Ass. Tesoureiro

Recibo

Recebi a importância de R\$ 771,19 (Setecentos e Setenta e Um Reais e Dezenove Centavos), referentes ao pagamento das despesas constantes desta nota extra-orçamentária.

CONGO/PB, ____ de ____ de ____

INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL

CAMARA MUNICIPAL DE CONGO

70097829000130

RUA RUA SENADOR RUY CARNEIRO, 38 CENTRO CONGO-PB CEP:58535-000
FONE: (83) 3359-1032 FAX: (83) 3359-1032



DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA

Número: 0000253	Data de Emissão: 27/09/2023	Código: 1 - INSS
Credor: INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL		Tipo: 2 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento
		CNPJ/CPF: 29.979.036/0163-06
Endereço: Pendente. SN		Complemento:
Bairro: CENTRO	Cidade / UF: CONGO - PB	CEP: 58535-000
Especificação da Despesa: REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DE SETEMBRO AO ANO EM CURSO.		Dados do Resto a Pagar: Ano: Número do Empenho: Parcela:

Retenções:

Valor Bruto: 456,19	Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido: 456,19
Ass. Ordenador de Despesas: em: 27/09/2023	Liquidação: em: ____/____/____ Ass.	Pague-se em: ____/____/____ Ass.
		Cheque Op. - N° Ass. Tesoureiro

Recibo

Recebi a importância de R\$ 456,19 (Quatrocentos e Cinquenta e Seis Reais e Dezenove Centavos), referentes ao pagamento das despesas constantes desta nota extra-orçamentária.

CONGO/PB, ____ de ____ de ____

INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL

CAMARA MUNICIPAL DE CONGO

70097829000130

RUA RUA SENADOR RUY CARNEIRO, 38 CENTRO CONGO-PB CEP:58535-000
FONE: (83) 3359-1032 FAX: (83) 3359-1032



DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA

Número: 0000254	Data de Emissão: 27/09/2023	Código: 1 - INSS
Credor: INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL		Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input checked="" type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento
Endereço: Pendente. SN		CNPJ/CPF: 29.979.036/0163-06
Bairro: CENTRO		Complemento: Cidade / UF: CONGO - PB
		CEP: 58535-000

Especificação da Despesa:
REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DE SETEMBRO AO ANO EM CURSO.

Dados do Resto a Pagar

Ano:

Número do Empenho:

Parcela:

Retenções:

Valor Bruto: 263,33	Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido: 263,33
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Ass. Ordenador de Despesas: em: 27/09/2023	Liquidação: em: ____/____/____	Pague-se em: ____/____/____	Cheque Op. - Nº
Ass.	Ass.	Ass.	Ass. Tesoureiro

Recibo

Recebi a importância de R\$ 263,33 (Duzentos e Sessenta e Três Reais e Trinta e Três Centavos), referentes ao pagamento das despesas constantes desta nota extra-orçamentária.

CONGO/PB, ____ de ____ de ____

INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL