



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: 0000268 | Data de Emissão: 24/10/2023 | 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: REFRENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS, RELATIVO AO MÊS DE OUTUBRO DO 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: 24/10/2023 | Liquidação: em: ____/____/____ | Pague-se em: ____/____/____ | Cheque Op. - Nº |
| 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: 0000269 | Data de Emissão: 24/10/2023 | 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: | |
| Barrio: CENTRO | Cidade / UF: CONGO - PB | | CEP: 58535-000 |

| | |
|---|------------------------|
| Especificação da Despesa: REFRENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS, RELATIVO AO MÊS DE OUTUBRO DO 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: 24/10/2023 | 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: 0000270 | Data de Emissão: 24/10/2023 | 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, RELATIVO AO MÊS DE OUTUBRO DO 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: 24/10/2023 | Liquidação: em: ____/____/____ | Pague-se em: ____/____/____ | Cheque Op. - Nº |
| 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: 0000271 | Data de Emissão: 24/10/2023 | Código: 1 - INSS |
| Credor: INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL | | Tipo: <div><input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input checked="" type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento</div> |
| Endereço: Pendente. SN | | CNPJ/CPF: 29.979.036/0163-06 |
| Complemento: | | |
| Bairro: CENTRO | Cidade / UF: CONGO - PB | CEP: 58535-000 |

Especificação da Despesa:

REFRENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS, RELATIVO AO MÊS DE OUTUBRO DO 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: 24/10/2023 | Liquidação: em: ____/____/____ | Pague-se em: ____/____/____ | Cheque Op. - N° Ass. Tesoureiro |
| Ass. | Ass. | Ass. | |

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: 0000272 | Data de Emissão: 24/10/2023 | 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:

REFRENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS, RELATIVO AO MÊS DE OUTUBRO DO 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: 24/10/2023 | Liquidação: em: ____/____/____ | Pague-se em: ____/____/____ | Cheque Op. - N° Ass. Tesoureiro |
| Ass. | Ass. | Ass. | |

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: 0000273 | Data de Emissão: 24/10/2023 | Código: 1 - INSS | | | | | | | |
| Credor: INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL | | Tipo: <table><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>1-Pessoa Física</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2-Pessoa Jurídica</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3-Folha de Pagamento</td></tr></table> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1-Pessoa Física | <input type="checkbox"/> | 2-Pessoa Jurídica | <input type="checkbox"/> | 3-Folha de Pagamento | CNPJ/CPF: 29.979.036/0163-06 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 1-Pessoa Física | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 2-Pessoa Jurídica | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 3-Folha de Pagamento | | | | | | | | |
| Endereço: Pendente. SN | | Complemento: | | | | | | | |
| Bairro: CENTRO | Cidade / UF: CONGO - PB | CEP: 58535-000 | | | | | | | |

Especificação da Despesa:

REFRENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS, RELATIVO AO MÊS DE OUTUBRO DO 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: 24/10/2023 | Liquidação: em: ____/____/____ | Pague-se em: ____/____/____ | Cheque Op. - N° Ass. Tesoureiro |
| Ass. | Ass. | Ass. | |

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: 0000274 | Data de Emissão: 24/10/2023 | 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:

REFRENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS, RELATIVO AO MÊS DE OUTUBRO DO 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: 24/10/2023 | Liquidação: em: ____/____/____ | Pague-se em: ____/____/____ | Cheque Op. - Nº |
| 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: 0000275 | Data de Emissão: 24/10/2023 | 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: REFRENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS, RELATIVO AO MÊS DE OUTUBRO DO 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: 24/10/2023 | 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: 0000276 | Data de Emissão: 24/10/2023 | Código: 1 - INSS | |
| Credor: INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL | | Tipo: <div><div>2</div>1-Pessoa Física 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: REFRENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS, RELATIVO AO MÊS DE OUTUBRO DO 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: 24/10/2023 | Liquidação: em: ____/____/____ | Pague-se em: ____/____/____ | Cheque Op. - Nº |
| 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: 0000277 | Data de Emissão: 24/10/2023 | 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:

REFRENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS, RELATIVO AO MÊS DE OUTUBRO DO 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: 24/10/2023 | Liquidação: em: ____/____/____ | Pague-se em: ____/____/____ | Cheque Op. - Nº |
| Ass. | Ass. | Ass. | 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: 0000278 | Data de Emissão: 24/10/2023 | 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: REFRENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS, RELATIVO AO MÊS DE OUTUBRO DO 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: 24/10/2023 | Liquidação: em: ____/____/____ | Pague-se em: ____/____/____ | Cheque Op. - Nº |
| 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: 0000279 | Data de Emissão: 24/10/2023 | 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: REFRENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS, RELATIVO AO MÊS DE OUTUBRO DO 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: 24/10/2023 | 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: 0000280 | Data de Emissão: 24/10/2023 | Código: 1 - INSS | |
| Credor: INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL | | Tipo: <div><div>2</div><div>1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Foiha de Pagamento</div></div> | CNPJ/CPF: 29.979.036/0163-06 |
| Endereço: Pendente. SN | | Complemento: | |
| Barrio: CENTRO | Cidade / UF: CONGO - PB | | CEP: 58535-000 |

Especificação da Despesa:

REFRENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS, RELATIVO AO MÊS DE OUTUBRO DO 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: 24/10/2023 | Liquidação: em: ____/____/____ | Pague-se em: ____/____/____ | Cheque Op. - Nº |
| 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: 0000281 | Data de Emissão: 24/10/2023 | 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: REFRENTE AO PAGAMENTO DO INSS DOS ELETIVOS E COMISSIONADOS, RELATIVO AO MÊS DE OUTUBRO DO 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: 24/10/2023 | 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