

# 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: <b>0000187</b>	Data de Emissão: <b>25/07/2023</b>	Código: <b>1 - INSS</b>	
Credor: <b>INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL</b>		Tipo: <div>1-Pessoa Física <b>2</b> 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento</div>	CNPJ/CPF: <b>29.979.036/0163-06</b>
Endereço: <b>Pendente. SN</b>		Complemento:	
Bairro: <b>CENTRO</b>	Cidade / UF: <b>CONGO - PB</b>		CEP: <b>58535-000</b>

**Especificação da Despesa:**

REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DSE JULHO DO ANO EM CURSO.

**Dados do Resto a Pagar**

Ano:

Número do Empenho:

Parcela:

**Retenções:**

Valor Bruto: <b>771,19</b>	Total das Deduções: <b>0,00</b>	Valor Líquido: <b>771,19</b>
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Ass. Ordenador de Despesas: em: <b>25/07/2023</b>	Liquidação: em: ____/____/____	Pague-se em: ____/____/____	Cheque Op. - Nº
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: <b>0000188</b>	Data de Emissão: <b>25/07/2023</b>	Código: <b>1 - INSS</b>	
Credor: <b>INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL</b>		Tipo: <div><input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento</div>	CNPJ/CPF: <b>29.979.036/0163-06</b>
Endereço: <b>Pendente. SN</b>		Complemento:	
Bairro: <b>CENTRO</b>	Cidade / UF: <b>CONGO - PB</b>		CEP: <b>58535-000</b>
Especificação da Despesa: <b>REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DSE JULHO DO ANO EM CURSO.</b>			Dados do Resto a Pagar Ano:  Número do Empenho:  Parcela: 
Retenções:			
Valor Bruto: <b>456,19</b>	Total das Deduções: <b>0,00</b>	Valor Líquido: <b>456,19</b>	
Ass. Ordenador de Despesas: em: <b>25/07/2023</b>	Liquidação: em: ____/____/____	Pague-se em: ____/____/____	Cheque Op. - Nº  Ass. Tesoureiro
Ass.	Ass.	Ass.	
<div><b>Recibo</b> 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</div>			



# 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: <b>0000189</b>	Data de Emissão: <b>25/07/2023</b>	Código: <b>1 - INSS</b>
Credor: <b>INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL</b>		Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento
Endereço: <b>Pendente. SN</b>		CNPJ/CPF: <b>29.979.036/0163-06</b>
Bairro: <b>CENTRO</b>	Cidade / UF: <b>CONGO - PB</b>	CEP: <b>58535-000</b>

Especificação da Despesa:  
REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DE JULHO DO ANO EM CURSO.

### Dados do Resto a Pagar

Ano:

Número do Empenho:

Parcela:

Retenções:

Valor Bruto: <b>263,33</b>	Total das Deduções: <b>0,00</b>	Valor Líquido: <b>263,33</b>
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Ass. Ordenador de Despesas: em: <b>25/07/2023</b>	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: <b>0000190</b>	Data de Emissão: <b>25/07/2023</b>	Código: <b>1 - INSS</b>	
Credor: <b>INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL</b>		Tipo: <div><input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento</div>	CNPJ/CPF: <b>29.979.036/0163-06</b>
Endereço: <b>Pendente. SN</b>		Complemento:	
Bairro: <b>CENTRO</b>	Cidade / UF: <b>CONGO - PB</b>		CEP: <b>58535-000</b>

Especificação da Despesa:  
**REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DSE JULHO DO ANO EM CURSO.**

### Dados do Resto a Pagar

Ano:

Número do Empenho:

Parcela:

Retenções:

Valor Bruto: <b>456,19</b>	Total das Deduções: <b>0,00</b>	Valor Líquido: <b>456,19</b>
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Ass. Ordenador de Despesas: em: <b>25/07/2023</b>	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: <b>0000191</b>	Data de Emissão: <b>25/07/2023</b>	Código: <b>1 - INSS</b>
Credor: <b>INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL</b>		Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento
		CNPJ/CPF: <b>29.979.036/0163-06</b>
Endereço: <b>Pendente. SN</b>		Complemento:
Bairro: <b>CENTRO</b>	Cidade / UF: <b>CONGO - PB</b>	CEP: <b>58535-000</b>

Especificação da Despesa:  
REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DSE JULHO DO ANO EM CURSO.

### Dados do Resto a Pagar

Ano:

Número do Empenho:

Parcela:

Retenções:

Valor Bruto: <b>456,19</b>	Total das Deduções: <b>0,00</b>	Valor Líquido: <b>456,19</b>
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Ass. Ordenador de Despesas: em: <b>25/07/2023</b>	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: <b>0000192</b>	Data de Emissão: <b>25/07/2023</b>	Código: <b>1 - INSS</b>
Credor: <b>INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL</b>		Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento
Endereço: <b>Pendente. SN</b>		CNPJ/CPF: <b>29.979.036/0163-06</b>
Bairro: <b>CENTRO</b>	Cidade / UF: <b>CONGO - PB</b>	CEP: <b>58535-000</b>

### Especificação da Despesa:

REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DE JULHO DO ANO EM CURSO.

### Dados do Resto a Pagar

Ano:

Número do Empenho:

Parcela:

### Retenções:

Valor Bruto: <b>263,33</b>	Total das Deduções: <b>0,00</b>	Valor Líquido: <b>263,33</b>
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Ass. Ordenador de Despesas: em: <b>25/07/2023</b>	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: <b>0000193</b>	Data de Emissão: <b>25/07/2023</b>	Código: <b>1 - INSS</b>
Credor: <b>INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL</b>		Tipo: <div><input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento</div>
Endereço: <b>Pendente. SN</b>		CNPJ/CPF: <b>29.979.036/0163-06</b>
Complemento:		
Bairro: <b>CENTRO</b>	Cidade / UF: <b>CONGO - PB</b>	CEP: <b>58535-000</b>

Especificação da Despesa: <b>REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DSE JULHO DO ANO EM CURSO.</b>	Dados do Resto a Pagar
	Ano:
	Número do Empenho:
	Parcela:

Retenções:
------------

Valor Bruto: <b>115,47</b>	Total das Deduções: <b>0,00</b>	Valor Líquido: <b>115,47</b>
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Ass. Ordenador de Despesas: em: <b>25/07/2023</b>	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: <b>0000194</b>	Data de Emissão: <b>25/07/2023</b>	Código: <b>1 - INSS</b>
Credor: <b>INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL</b>		Tipo: <div><input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento</div>
Endereço: <b>Pendente. SN</b>		CNPJ/CPF: <b>29.979.036/0163-06</b>
Complemento:		
Bairro: <b>CENTRO</b>	Cidade / UF: <b>CONGO - PB</b>	CEP: <b>58535-000</b>

Especificação da Despesa: <b>REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DSE JULHO DO ANO EM CURSO.</b>	Dados do Resto a Pagar
	Ano:
	Número do Empenho:
	Parcela:

Retenções:
------------

Valor Bruto: <b>456,19</b>	Total das Deduções: <b>0,00</b>	Valor Líquido: <b>456,19</b>
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Ass. Ordenador de Despesas: em: <b>25/07/2023</b>	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: <b>0000195</b>	Data de Emissão: <b>25/07/2023</b>	Código: <b>1 - INSS</b>
Credor: <b>INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL</b>		Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento
Endereço: <b>Pendente. SN</b>		CNPJ/CPF: <b>29.979.036/0163-06</b>
Bairro: <b>CENTRO</b>		Cidade / UF: <b>CONGO - PB</b>
		CEP: <b>58535-000</b>

Especificação da Despesa:  
**REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DSE JULHO DO ANO EM CURSO.**

### Dados do Resto a Pagar

Ano:

Número do Empenho

Parcela:

Retenções:

Valor Bruto: <b>124,47</b>	Total das Deduções: <b>0,00</b>	Valor Líquido: <b>124,47</b>
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Ass. Ordenador de Despesas: em: <b>25/07/2023</b>	Liquidação: em: ____/____/____	Pague-se em: ____/____/____	Cheque Op. - N°
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: <b>0000196</b>	Data de Emissão: <b>25/07/2023</b>	Código: <b>1 - INSS</b>
Credor: <b>INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL</b>		Tipo: <div><input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento</div>
Endereço: <b>Pendente. SN</b>		CNPJ/CPF: <b>29.979.036/0163-06</b>
Bairro: <b>CENTRO</b>		Complemento:
Cidade / UF: <b>CONGO - PB</b>		CEP: <b>58535-000</b>

Especificação da Despesa:  
REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DSE JULHO DO ANO EM CURSO.

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

Retenções:

Valor Bruto: <b>456,19</b>	Total das Deduções: <b>0,00</b>	Valor Líquido: <b>456,19</b>
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

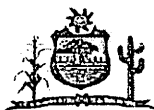
Ass. Ordenador de Despesas: em: <b>25/07/2023</b>	Liquidação: em: ____/____/____	Pague-se em: ____/____/____	Cheque Op. - Nº
Ass.	Ass.	Ass.	Ass. Tesoureiro

### 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: <b>0000197</b>	Data de Emissão: <b>25/07/2023</b>	Código: <b>1 - INSS</b>
Credor: <b>INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL</b>		Tipo: <b>2</b> 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento
Endereço: <b>Pendente. SN</b>		CNPJ/CPF: <b>29.979.036/0163-06</b>
Bairro: <b>CENTRO</b>		Cidade / UF: <b>CONGO - PB</b>
		CEP: <b>58535-000</b>

Especificação da Despesa: <b>REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DSE JULHO DO ANO EM CURSO.</b>	Dados do Resto a Pagar
	Ano:
	Número do Empenho
	Parcela:

Retenções:
------------

Valor Bruto: <b>99,27</b>	Total das Deduções: <b>0,00</b>	Valor Líquido: <b>99,27</b>
------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Ass. Ordenador de Despesas: em: <b>25/07/2023</b>	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: <b>0000198</b>	Data de Emissão: <b>25/07/2023</b>	Código: <b>1 - INSS</b>
Credor: <b>INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL</b>		Tipo: <b>2</b> 1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento
Endereço: <b>Pendente. SN</b>		CNPJ/CPF: <b>29.979.036/0163-06</b>
Bairro: <b>CENTRO</b>		Cidade / UF: <b>CONGO - PB</b>
		CEP: <b>58535-000</b>

Especificação da Despesa:  
REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DSE JULHO DO ANO EM CURSO.

### Dados do Resto a Pagar

Ano:

Número do Empenho

Parcela:

Retenções:

Valor Bruto: <b>456,19</b>	Total das Deduções: <b>0,00</b>	Valor Líquido: <b>456,19</b>
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Ass. Ordenador de Despesas: em: <b>25/07/2023</b>	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: <b>0000199</b>	Data de Emissão: <b>25/07/2023</b>	Código: <b>1 - INSS</b>	
Credor: <b>INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL</b>		Tipo: <div>1-Pessoa Física 2-Pessoa Jurídica 3-Folha de Pagamento</div> <div><b>2</b></div>	CNPJ/CPF: <b>29.979.036/0163-06</b>
Endereço: <b>Pendente. SN</b>		Complemento:	
Bairro: <b>CENTRO</b>	Cidade / UF: <b>CONGO - PB</b>	CEP: <b>58535-000</b>	

Especificação da Despesa: <b>REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DSE JULHO DO ANO EM CURSO.</b>	Dados do Resto a Pagar
	Ano:
	Número do Empenho:
	Parcela:

Retenções:
------------

Valor Bruto: <b>456,19</b>	Total das Deduções: <b>0,00</b>	Valor Líquido: <b>456,19</b>
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Ass. Ordenador de Despesas: em: <b>25/07/2023</b>	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: <b>0000200</b>	Data de Emissão: <b>25/07/2023</b>	Código: <b>1 - INSS</b>
Credor: <b>INSS - INST. NAC. SEG. SOCIAL</b>		Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pessoa Física <input type="checkbox"/> 2-Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> 3-Folha de Pagamento
Endereço: <b>Pendente. SN</b>		CNPJ/CPF: <b>29.979.036/0163-06</b>
Bairro: <b>CENTRO</b>	Cidade / UF: <b>CONGO - PB</b>	CEP: <b>58535-000</b>

### Especificação da Despesa:

REFERENTE AO PAGAMENTO DO INSS PARTE SEGURADO, RELATIVO AO MÊS DE JULHO DO ANO EM CURSO.

### Dados do Resto a Pagar

Ano:

Número do Empenho:

Parcela:

### Retenções:

Valor Bruto: <b>456,19</b>	Total das Deduções: <b>0,00</b>	Valor Líquido: <b>456,19</b>
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Ass. Ordenador de Despesas: em: <b>25/07/2023</b>	Liquidação: em: ____/____/____	Pague-se em: ____/____/____	Cheque Op. - Nº  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