MODELO 10

DEMONSTRATIVO DAS TRANSFERÊNCIAS RECEBIDAS PARA COBERTURA DE DÉFICIT FINANCEIRO - CONSOLIDADO (PODER EXECUTIVO E LEGISLATIVO)

Órgão:	**Município:**	**Exercício:**

Unidade Gestora	**Receita Previdenciária (R$)**	**Despesa Previdenciária (R$)**	**Déficit Financeiro (R$)**	**Transferência Financeira Recebida (R$)**

Nome:			Responsável pela Elaboração
Matrícula:	Data: ____/____/____	Assinatura:	
Declaro que os valores acima descritos guardam paridade com o constante nos registros contábeis **OU** não guardam paridade com o constante nos registros contábeis, conforme apontado em Notas Explicativas.			Responsável pelo Setor Contábil / CRC-RJ nº _____
Nome:			
Matrícula:	Data: ____/____/____	Assinatura:	