

**CRENCIAL PARA RETIRADA DOS CARTÕES**  
**NOS ESCRITÓRIO REGIONAL**

Eu \_\_\_\_\_,  
portador do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_,  
(  ) Prefeito(a) ou (  ) Secretário(a) de Assistência Social do Município de \_\_\_\_\_,  
autorizo o servidor(a) \_\_\_\_\_,  
RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_ a retirar os  
cartões dos beneficiários(as) do Programa de Transferência de Renda – Comida Boa,  
instituído por meio da Lei nº 20747/2021, no Escritório Regional da SEJUF.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de dezembro de 2021.

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura