**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**

À

**Secretaria Municipal de Finanças - Departamento Contábil e Financeiro**

**Assunto:** Pagamento de benefício eventual

Eu, [Nome completo do(a) técnico(a) responsável], na qualidade de técnico(a) da Secretaria da Família e Evolução Social (SEFAM), responsável pelo acompanhamento do benefício eventual descrito abaixo, venho, por meio deste, solicitar a efetivação do pagamento, conforme os dados informados, em conformidade com a legislação vigente.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo do Benefício:** | | [Família Acolhedora ou Família Extensa] | | |
| **Nome do(a) Beneficiário(a):** | | [nome completo] | | |
| **CPF do Beneficiário(a):** | | [nº do CPF] | | |
| **Banco:** | [nome e nº do banco] | | **Nº Agência:** | [nº da agência] |
| **Nº Conta:** | [nº da conta] | | **Tipo Conta:** | [se corrente ou poupança] |
| **Mês de competência:** | | 03/2025 | | |
| **Data do pagamento:** | | [01/04/2025] | | |
| **Valor para pagamento (R$):** | | [R$ 1.200,00 (um mil e duzentos reais)] | | |

Assumimos o compromisso de realizar o controle e acompanhamento para garantir que não haja solicitação em duplicidade, sendo de responsabilidade integral da SEFAM a verificação e a adequação das informações.

Município de Capanema, Estado do Paraná, aos XX dias de [mês] de [ano].

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nome: [Nome completo do responsável]

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**

À

**Secretaria Municipal de Finanças - Departamento Contábil e Financeiro**

**Assunto:** Pagamento de benefício eventual

Eu, [Nome completo do(a) técnico(a) responsável], na qualidade de técnico(a) da Secretaria da Família e Evolução Social (SEFAM), responsável pelo acompanhamento do benefício eventual descrito abaixo, venho, por meio deste, solicitar a efetivação do pagamento, conforme os dados informados, em conformidade com a legislação vigente.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo do Benefício:** | | [Aluguel Social ou Acolhimento] | | |
| **Nome do(a) Beneficiário(a):** | | [nome completo] | | |
| **CPF do Beneficiário(a):** | | [nº do CPF] | | |
| **Nome do(a) locador(a):** | | [nome completo] | | |
| **CPF/CNPJ do(a) locador(a):** | | [nº do CPF/CNPJ] | | |
| **DADOS BANCÁRIOS DO(A) LOCADOR(A):** | | | | |
| **Banco:** | [nome e nº do banco] | | **Nº Agência:** | [nº da agência] |
| **Nº Conta:** | [nº da conta] | | **Tipo Conta:** | [se corrente ou poupança] |
| **Mês de competência:** | | 03/2025 | | |
| **Data do pagamento:** | | [01/04/2025] | | |
| **Valor para pagamento (R$):** | | [R$ 1.200,00 (um mil e duzentos reais)] | | |

Assumimos o compromisso de realizar o controle e acompanhamento para garantir que não haja solicitação em duplicidade, sendo de responsabilidade integral da SEFAM a verificação e a adequação das informações.

Município de Capanema, Estado do Paraná, aos XX dias de [mês] de [ano].

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nome: [Nome completo do responsável]