

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DO CARTÃO
ALIMENTAÇÃO/REFEIÇÃO JUNTO À CAIXA**

Eu, _____ (nome completo do titular),
estado civil _____, portador (a) da identidade nº _____,
CPF _____, residente e domiciliado (a) em

(endereço completo com CEP), telefone celular com DDD _____,

E-mail: _____, autorizo

_____ (nome completo), estado civil
_____, portador (a) da identidade nº _____, CPF
_____, residente e domiciliado (a) em
_____ (endereço

completo com CEP) a retirar o(s) cartão(ões) do benefício Alimentação/Refeição fornecido pela
CAIXA, pois estou impossibilitado de me locomover por motivos de saúde.

Este documento é válido até ____/____/____.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro estar ciente de que o descumprimento de qualquer item deste Termo pode acarretar a
aplicação das penalidades disciplinares, previstas no Regulamento de Pessoal da CAIXA e
também das penalidades civis e criminais constantes das legislações aplicáveis, além de obrigar
a devolução de benefícios recebidos indevidamente.

Local e Data

Assinatura do Titular

ATENÇÃO: será obrigatório apresentar cópia do documento de identificação da pessoa do titular e do autorizado,
cópia que deverá ser retida pelo empregado da CAIXA que entregar o(s) cartões, juntamente com este Termo.

Primeira Via – CAIXA

Segunda Via – Titular do Benefício