#### 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