

Grau de sigilo
#PÚBLICO

Dados de identificação (preenchimento obrigatório de TODOS os campos)

1ª parte - Agência

PIS/PASEP/NIS

Data de nascimento
/ /

Nome

Nome da mãe

Declaro que a Senha Cidadão cadastrada é conhecida apenas por mim e que sou responsável pelo seu uso e guarda.

Autorizo a CAIXA a efetivar as operações realizadas mediante o uso desta Senha.

Comprometo-me a comunicar imediatamente à CAIXA as ocorrências de perda, roubo ou extravio do cartão, bem como as alterações de endereço. Concordo com os termos descritos acima e declaro que recebi cópia deste Termo de Responsabilidade.

_____, ____ de _____ de _____
Local/Data

Assinatura do cliente

Sr. Atendente: Na impossibilidade coleta de assinatura do cidadão ou caso este seja portador de deficiência visual, favor encaminhá-lo a uma agência da CAIXA.

ATENÇÃO: CAMPOS PARA PREENCHIMENTO APENAS POR EMPREGADO AUTORIZADO PELA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL;

Documento apresentado pelo cliente no cadastramento da Senha Cidadão:

Tipo:

Número:

Data Expedição:

Órgão Expedidor:

Assinatura, sob carimbo, do
Empregado CAIXA**Sr. Caixa: Preencher os campos abaixo, somente se o cidadão não puder tirar a digital, ler ou for deficiente visual**

Assinatura da 1ª testemunha

Nome: _____

RG: _____

CPF: _____

Assinatura da 2ª testemunha

Nome: _____

RG: _____

CPF: _____

Polegar direito
do Cliente



Termo de Responsabilidade para Cadastramento da Senha Cidadão

Dados de identificação (preenchimento obrigatório de TODOS os campos)

2ª parte Cliente

PIS/PASEP/NIS	Data de nascimento / /
Nome	
Nome da mãe	

Declaro que a Senha Cidadão cadastrada é conhecida apenas por mim e que sou responsável pelo seu uso e guarda.
Autorizo a CAIXA a efetivar as operações realizadas mediante o uso desta Senha.
Comprometo-me a comunicar imediatamente à CAIXA as ocorrências de perda, roubo ou extravio do cartão, bem como as alterações de endereço. Concordo com os termos descritos acima e declaro que recebi cópia deste Termo de Responsabilidade.

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)
Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
caixa.gov.br