

## CARTÃO DE ASSINATURA - PESSOA FÍSICA

Cód. Agência:	Nome da Agência:	Nº da Conta:	CPF:
Nome (Completo e sem abreviação):			
<input type="checkbox"/> 1º Titular	<input type="checkbox"/> 2º Titular	Data de emissão do cartão:	Data de abertura da conta:

Assinaturas (assinar duas vezes - uma assinatura deve ser igual à do Documento de Identificação):

X

X

<p><b>Tipo de conta:</b></p> <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta Solidária <input type="checkbox"/> Conjunta não Solidária <input type="checkbox"/> Não Residente	<p><b>Capacidade Civil:</b></p> <input type="checkbox"/> Maior <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Incapaz <input type="checkbox"/> Espólio <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Emancipado	<p><b>Movimentação:</b></p> <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta com: _____ <input type="checkbox"/> Por Procuração <input type="checkbox"/> Conta Salário
--	--	---

<p><b>CONTROLE DE VENCIMENTO DE PROCURAÇÃO/MANDATO</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">     </td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">     </td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">     </td> </tr> </table> <p>Conferido por: _____</p>				<p>Observações:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>

CASPF:V300817

### CANAIS DE ATENDIMENTO BANCO BS2

<b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE</b>	<b>ATENDIMENTO A DEFICIENTE AUDITIVO</b>	<b>OUVIDORIA</b>	<b>BANCO CENTRAL DO BRASIL</b>
<b>0800 727 6789</b>	<b>0800 970 6993</b>	<b>0800 726 8889</b>	<b>145</b>