



PEDIDO DE ENCERRAMENTO DE CONTA

Balcão (Cód. / Desig.)

1107 Matosinhos - Álvaro Castelões

(Zonas a sombreado a preencher pelo Banco)

Assunto: Encerramento da Conta n.º 0008 03198008020

O(s) titular(es) da conta supra identificada solicita(m) o encerramento da mesma considerando o seguinte motivo Tem outra conta BST (Este campo é de preenchimento obrigatório caso se trate de uma conta de Serviços Mínimos Bancários).

Para o efeito, responsabilizo-me / responsabilizamo-nos pela destruição de todos os meios de pagamento não entregues e pelo cancelamento de transferências/domiciliações ainda ativas, assumindo todas as responsabilidades contratuais e legais daí resultantes, nomeadamente eventuais prejuízos causados, bem como autorizo / autorizamos o cancelamento de todos os produtos e serviços associados a esta conta.

Em relação ao saldo existente nesta conta ou nas contas a ela associadas solicitamos que (caso se aplique):

Saldo credor – a transferir para a Conta: _____

Liquidação de Responsabilidades - regularizar através de débito na Conta: _____

Assinatura de intervenientes com poderes de movimentação da conta a debitar, sempre e quando forem diferentes dos titulares da conta a encerrar

A presente ordem de encerramento de conta de depósitos à ordem, apenas produz efeitos após confirmação pelo Banco da inexistência de saldos credores/devedores e/ou da inexistência da sua relação com outros produtos ou serviços.

Para qualquer informação adicional, o Banco deverá utilizar o seguinte nº de telefone 229 399 150

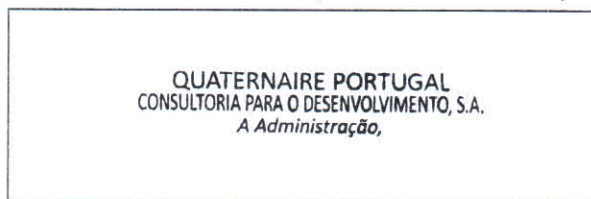
Data: ____ / ____ / ____

Pessoas Singulares

Nome abreviado Titular / Representante	Assinatura (Conforme Ficha de Assinaturas)

Pessoas Colectivas

Nome da Sociedade (Manuscrito ou Carimbo)



 Assinatura (Conforme Ficha de Assinaturas) Na qualidade de Administ / Gerente / Procurador / (Riscar o que não se aplicar ou identificar outra)	
---	--

Recebido e conferida a identidade, poderes e assinaturas deste pedido de cancelamento de conta (Assinatura / Nº Empregado) Data: ____ / ____ / ____	Verificação pela Direção da Unidade de Negócio (Assinatura / Nº Procuração) Data: ____ / ____ / ____ <input checked="" type="checkbox"/> Autorização CRRE até poderes de 1º nível. (Se ultrapassados os poderes de decisão do 1º escalão é necessário anexar autorização superior para a regularização do Saldo)
---	--

Nota: Todos os meios de pagamento entregues pelo Cliente foram destruídos na sua presença.