



AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE CONTA DE PAGAMENTO – MENOR DE IDADE

Eu, _____ (nome completo do (a) responsável legal), inscrito (a) no Cadastro de Pessoa Física (CPF) sob o número _____ (CPF do (a) responsável legal), _____ (nacionalidade do (a) responsável legal), residente e domiciliado (a) em _____
_____ (endereço completo do (a) responsável legal), responsável legal de _____ (nome completo do (a) menor de idade), inscrito (a) no Cadastro de Pessoa Física (CPF) sob o número _____ (CPF do (a) menor de idade), _____ (nacionalidade do (a) menor de idade), residente e domiciliado (a) em _____ (endereço completo do (a) menor de idade), autorizo expressamente a abertura de conta de pagamento em nome de _____ (nome completo do (a) menor de idade), bem como todas as formas de movimentação da conta e uso do cartão vinculado e declaro-me ciente que todo e qualquer ato relacionado à conta e ao cartão serão de minha inteira e exclusiva responsabilidade, enquanto exigido por lei.

(Local e Data)

(Assinatura do (a) responsável legal igual ao documento de identificação enviado)