

O preenchimento deste formulário servirá para a parametrização de dados no sistema da SIBS, em qualquer ambiente (CER, SPP, PRD), e dará origem aos procedimentos de facturação que estejam em vigor.

A adesão e utilização do Portal de Serviços SIBS obrigam ao conhecimento e aceitação das Condições Gerais de Utilização do Serviço.

Este formulário deve ser remetido por fax para a SIBS (Departamento de Gestão de Redes - Fax: 217 813 086).

## ESTE FORMULÁRIO DESTINA-SE A SOLICITAR

(PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO - assinalar com "X")

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>ADESÃO AO PORTAL DE SERVIÇOS SIBS (PSS)</b>                     | <input type="checkbox"/> <b>SPP</b>            | <input type="checkbox"/> <b>PRD</b>            |
| PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS BLOCOS DE INFORMAÇÃO.                                 |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>ALTERAÇÃO A PARAMETRIZAÇÕES JÁ EXISTENTES NO PSS</b> | <input checked="" type="checkbox"/> <b>SPP</b> | <input checked="" type="checkbox"/> <b>PRD</b> |
| PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DOS BLOCOS DE INFORMAÇÃO Nº 1 E 7.                                |  |  |

### 1 IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

**NÚMERO DE PESSOA COLECTIVA**

(Indique o número da instituição no Registo Central de Pessoas Colectivas)

503016160

**DENOMINAÇÃO**

(Indique por extenso, o nome da instituição)

BANCO BNP PARIBAS  
PERSONAL FINANCE, S.A.

**CÓDIGO DE ACTIVIDADE ECONÓMICA**

(Indique o código associado ao Número de Pessoa Colectiva acima mencionado)

### 2 COMUNICAÇÕES

**NECESSIDADE DE ACESSO (COMUNICAÇÕES) À VAN:**

- ☒ **NÃO** ..... Pressupõe a já existência de acesso à VAN (incluindo User e Password)
- ☐ **SIM** ..... Implica a atribuição posterior, pela SIBS, de User e Password

### 3 INFORMAÇÕES PARA A FACTURAÇÃO

**CONTACTO ADMINISTRATIVO / FINANCEIRO**

(Nome)

**DEPARTAMENTO**

**TELEFONE**

**FAX**

**E-MAIL**

**MORADA DE COBRANÇA**

**LOCALIDADE**

**CÓDIGO POSTAL**

Esta informação não pode ser duplicada, publicada ou fornecida total ou parcialmente a terceiros sem o prévio consentimento da SIBS Forward Payment Solutions, SA

Lista de Distribuição: Instituições participantes no sistema da SIBS FPS

Versão 02.00 (Final) de 2012-02-07

Classificação: Restrito

Página 1 de 3

Referência: DCSIBS120084

**4 INFORMAÇÕES PARA A GESTÃO TÉCNICA DO PORTAL**

CONTACTO TÉCNICO ("administrador")

Sofia Oliveira

(Nome)

DEPARTAMENTO

SISTEMAS PAGAMENTO

TELEFONE

217228720

FAX

E-MAIL

Sofia.Oliveira@cetelem.pt

MORADA

RUA GALILEU GALILEI

Nº 2 8º PISO, TORRE OCIDENTE,  
CENTRO COLOMBO

LOCALIDADE

LISBOA

CÓDIGO POSTAL

1500-392 LISBOA

Na situação de um pedido de adesão ao Portal de Serviços, a aceitação da informação constante deste formulário pela SIBS implicará a atribuição de um cartão e leitor/token ao utilizador em referência ("administrador"), o qual será remetido para a morada indicada e servirá para que este possa efectuar todas as validações de segurança associadas ao Portal e gestão dos respectivos serviços e utilizadores.

**IDENTIFICAÇÃO NO SISTEMA DO CONTACTO TÉCNICO ("administrador")**

(A identificação no sistema é um código alfanumérico que identifica inequivocamente o utilizador no Portal de Serviços SIBS. Esta identificação deve ser indicada pelo utilizador e constitui uma chave no sistema, ou seja, é única em todo o Portal de Serviços SIBS. Esta identificação será inscrita no cartão de acesso a enviar para o "administrador". Caso a identificação proposta já exista no sistema, a SIBS entrará em contacto telefónico com o "administrador" e solicitará a indicação de uma nova identificação)

Sofia Oliveira

**5 TIPO DE INTERVENÇÃO (a confirmar pela SIBS)**

Assinalar com um "x":

<input type="checkbox"/>	Emissor Bancário
<input type="checkbox"/>	Emissor Não Bancário
<input type="checkbox"/>	Acquirer CA
<input type="checkbox"/>	Acquirer TPA
<input type="checkbox"/>	Acquirer Empresa
<input type="checkbox"/>	Fornecedor
<input type="checkbox"/>	Concessionário
<input type="checkbox"/>	Representante Emissor
<input type="checkbox"/>	Empresa / Pagamentos

<input type="checkbox"/>	Empresa / Bilhetes
<input type="checkbox"/>	Transferência de Ficheiros
<input type="checkbox"/>	BdP / SICOI
<input type="checkbox"/>	Empresa / SICOI
<input type="checkbox"/>	Administração Local
<input type="checkbox"/>	Outro (detalhar):
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Esta informação não pode ser duplicada, publicada ou fornecida total ou parcialmente a terceiros sem o prévio consentimento da SIBS Forward Payment Solutions, SA

Lista de Distribuição: Instituições participantes no sistema da SIBS FPS

Versão 02 00 (Final) de 2012-02-07

Classificação: Restrito

Página 2 de 3

Referência: DCSIBS120084

**6 PARAMETROS DA INSTITUIÇÃO**

**N.º DE UTILIZADORES DO TIPO ADMINISTRADOR**

(Número de utilizadores do Portal, da Instituição, com permissões do tipo Administrador)

1

**TEMPO MÁXIMO DE INATIVIDADE**

(Número de minutos após aos quais, caso não haja actividade no Portal por parte de um utilizador da Instituição, o respectivo acesso seja interrompido, obrigando a um novo login. Entre 10 e 40 minutos.)

10

**SITUAÇÃO DOS UTILIZADORES APÓS INSERÇÃO**



Activos



Inibidos

**7 IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO FORMULÁRIO**

(IMPORTANTE: O responsável pelo Formulário tem que ser distinto do "administrador" [contacto técnico])

NOME CARLOS CAMÕES

DEPARTAMENTO DSI

TELEFONE 969825285 FAX

E-MAIL CARLOS.CANONES@CEFELEM.PT

8,2,2017

[Data – DD/MM/AAAA]

*Assinatura*

[Assinatura e Carimbo da instituição]