

**TERMO DE ACEITE
SOLICITAÇÃO DE PORTABILIDADE**

**DADOS DO CONTRATANTE (Pessoa Jurídica / Pessoa Física)
(Todos os campos a baixo são de preenchimento obrigatório)**

Razão Social / Nome Completo:	
CNPJ / CPF:	
Endereço Completo:	
Operadora Doadora:	

INFORMAÇÕES DO(S) NÚMERO(S) A SER(EM) PORTADO(S) – PREENCHER NO FORMATO DDD+NÚMERO

Acesso Único

Número do Telefone:	
----------------------------	--

Quando sequencial (DDR / Ramal)

Número Inicial:		Número Final:	
------------------------	--	----------------------	--

Quando não sequencial, favor preencher os números no campo abaixo

--

ATESTO POSSUIR A AUTONOMIA NECESSÁRIA PARA A REALIZAÇÃO DA PORTABILIDADE DESCRITA NESTE TERMO

(x) Ciente de que o número deve estar **ativo** até que a portabilidade seja realizada.

DATA:

NOME COMPLETO:

ASSINATURA