

**TERMO DE ACEITE  
SOLICITAÇÃO DE PORTABILIDADE**

**DADOS DO CONTRATANTE (Pessoa Jurídica / Pessoa Física)  
(Os dados abaixo são de preenchimento obrigatório)**

<b>Razão Social ou Nome Completo:</b>	
<b>CNPJ / CPF:</b>	
<b>Endereço Completo:</b>	
<b>Operadora Doadora:</b>	

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

**Acesso Único**

<b>Número do Telefone:</b>	
----------------------------	--

**Quando sequencial (DDR / Ramal)**

<b>Número Inicial:</b>		<b>Número Final:</b>	
------------------------	--	----------------------	--

**Quando não sequencial, favor preencher os números no campo abaixo**

--

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

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA