

**TERMO DE ACEITE
SOLICITAÇÃO DE PORTABILIDADE**

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

Tipo de Pessoa	<input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica	<input type="checkbox"/> Pessoa Física
Razão Social ou Nome Completo		
CNPJ ou CPF		
Insc. Estadual ou RG		
Endereço Completo	Rua/Av.:	Nº:
	Bairro:	Complemento:
	Cidade/Estado:	CEP:
E-mail do Solicitante		
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

DATA: ____ / ____ / ____.

NOME COMPLETO: _____

ASSINATURA: