

**TERMO DE ACEITE  
SOLICITAÇÃO DE PORTABILIDADE**

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

Razão Social ou 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**

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

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA