

As informações preenchidas abaixo deverão ser iguais as presentes na fatura telefônica.

NOME COMPLETO DO CLIENTE / EMPRESA:

CPF OU CNPJ DO SOLICITANTE:

RG OU IE DO SOLICITANTE:

TELEFONE DE CONTATO:

CELULAR:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

UF:

QTDE. DE NÚMEROS A SEREM PORTADOS:

SEGMENTO	<input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Empresarial	TIPO:	<input type="checkbox"/> Digital (DDR) <input type="checkbox"/> Analógico
----------	--	-------	--

OS NÚMEROS SÃO SEQUENCIAIS?

SIM

NÃO

Quando sequencial preencher os campos abaixo:

Número Inicial:

Número Final:

Quando não sequencial preencher todos os campos abaixo:

Número 1:

Número 2:

Número 3:

Número 4:

Número 5:

Número 6:

*Se a quantidade de números não sequenciais for maior do que 6, incluir no verso e assinar.

IMPORTANTE: Ao assinar esse formulário, você ou sua empresa confirma a veracidade das informações sobre os produtos e serviços declarados neste instrumento, e concorda com as cláusulas e condições contratuais de portabilidade STFC disponível em nosso site através do endereço <https://vmax.net.br/condicoesgerais/>. A VMAX Telecom não será responsável por valores cobrados pelas operadoras doadoras após a efetivação da portabilidade do(s) terminal(s).

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ Local: _____

Nome legível do responsável legal da(s) linha(s): _____

Documento (CPF ou RG): _____ Assinatura: _____