

Atenção: Apresente este formulário para postar seu voto nos Correios



**CORREIOS**

**INSTRUMENTO DE HABILITAÇÃO DE POSTAGEM**

**DESTINATÁRIO**

NOME: **CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO PARANÁ**

ENDEREÇO: **AV. MANOEL RIBAS, 2281**

BAIRRO: **MERCÊS** CIDADE: **CURITIBA** UF: **PR**

CEP: **80810-000** TEL. 1: **(41) 3025-9500** TEL.2: **0800 600 9500**



CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO PARANÁ

**REMETENTE**

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

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TEL. 1: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TEL. 2: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CNPJ: **7 6 . 6 6 1 . 0 9 9 / 0 0 0 1 - 3 4**

CONTRATO / DR: **9 9 1 2 3 4 1 0 4 8 / 1 3 / P R**

CÓDIGO ADMINISTRATIVO: **1 3 5 1 3 0 4 4**

CARTÃO DE POSTAGEM: **0 0 6 8 7 2 5 9 1 4**

1ª PARTE AFIXAR NA ENCOMENDA

**COMPROVANTE - INSTRUMENTO DE HABILITAÇÃO DE POSTAGEM**

Nº DO REGISTRO

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 BR

Carimbo

CNPJ: **7 6 . 6 6 1 . 0 9 9 / 0 0 0 1 - 3 4**

CONTRATO / DR: **9 9 1 2 3 4 1 0 4 8 / 1 3 / P R**

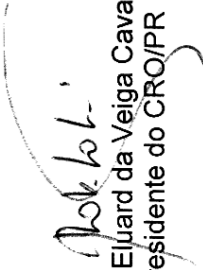
CÓDIGO ADMINISTRATIVO: **1 3 5 1 3 0 4 4**

CARTÃO DE POSTAGEM: **0 0 6 8 7 2 5 9 1 4**

Agência de Postagem

**INSTRUÇÕES À AGÊNCIA DE POSTAGEM**

- O portador deste documento está habilitado a realizar uma única postagem, na modalidade Carta Registrada, para o endereço indicado acima.
- Está autorizado a adquirir Produtos e Serviços Opcionais:  SIM  NÃO

  
Roberto Eluard da Veiga Cavali, CD  
Presidente do CRO/PR

2ª PARTE AFIXAR NO CERTIFICADO DE POSTAGEM