



PREENCHER COM LETRA DE FORMA

**DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE**

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE  
**Presidente da Câmara Municipal de Vereadores de Presidente Dutra**

ENDEREÇO / ADRESSE  
**Av. Alderico Guimarães Lima, 2-42**

Assunto: Contrato de Repasse celebrado entre o Município de Presidente Dutra e a CEP  
**CR.: 950857/2023**      **OF: 1665/2023**

CEP / CODE POSTAL  
**65760-000**

CIDADE / LOCALITÉ  
**Presidente Dutra**

UF  
**MA**

PAÍS / PAYS  
**BRASIL**

PRIORITÁRIA / PRIORITAIRE

EMS

SEGURADO / VALEUR DECLARÉ

Dev.: Luis Felipe

NATUREZA DO ENVIO / NATURE DE L'ENVOI

DATA DE RECEBIMENTO / DATE DE LIVRAISON

ENTREGA EM DIA ÚTIL DE DESTINO

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RECEPTEUR

*Problema de Silva*

Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEBEDOR / ORGAO EXPEDIDOR

RUBRICA MATERIAL DO ENVIADO / RUBRIQUE MATIERE DE L'ENVOI  
**Deputado Estadual Costa Mendes**  
**Agente de Correios-MA**  
**Mat.: 8.278.591-4**

**075.473.683.01**

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERS

75240203-0

FC0467/16

114 x 186 mm



