



AO REMETENTE

Dou ciência dos dados coletados no ato da entrega do objeto, que poderão ser utilizados para fins de comprovação de prestação do serviço.



AVISO DE RECEBIMENTO

DESTINATÁRIO

CLINICA ODONTO CENTER
Rua Vinte e Quatro de Maio, 796
Centro

60020000 Fortaleza - CE

REMETENTE
PROCON MUNICIPAL DE MARACANAÚ
Rua 4, 370 - (C) Jereissati I
Jereissati I

61900350 Maracanaú - CE

YO 023 884 636 BR



CARIMBO
UNIDADE DE ENTREGA

RUBRICA E MATRÍCULA
DO CARTEIRO

MOTIVOS DE DEVOLUÇÃO

- ☐ 1 Mudou-se
- ☐ 2 Endereço insuficiente
- ☐ 3 Não existe número
- ☐ 4 Desconhecido
- ☒ 5 Recusado
- ☐ 6 Não procurado
- ☐ 7 Ausente
- ☐ 8 Falecido
- ☐ 9 Outros

TENTATIVA DE ENTREGA

- 1ª / / : h
- 2ª / / : h
- 3ª / / : h

18/02/2018

889999

OBSERVAÇÃO
FA 25010564001000373 18/02/2018

ASSINATURA DO RECEBEDOR

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR

DATA ENTREGA

Nº DOC. DE IDENTIDADE

(Área de colagem no verso)

PROCON
COORDENADORIA MUNICIPAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR



Correios

9912678403/12
28/01/2025



YO 023 884 636 BR

AR RR



DESTINATÁRIO

CLINICA ODONTO CENTER
Rua Vinte e Quatro de Maio
796, Centro

60020-000 Fortaleza/CE

Remetente: PROCON MUNICIPAL DE MARACANAÚ

Rua 4
370, (C) Jereissati I, Jereissati I
61900-350 Maracanaú/CE

Obs: FA
25010564001000373
18/02/25

CARTA



PREFEITURA DE MARACANAÚ
PROCON MUNICIPAL DE MARACANAÚ
30 JAN 2025
AO REMETENTE

85 3521-5900 | 85 3521-5901



procon@maracanau.ce.gov.br



Rua Quatro, 370 - Jereissati I - CEP: 61900-350 - Maracanaú/CE



Coordenadoria Municipal de
Proteção e Defesa do Consumidor

PROCON
Maracanaú



CERTIDÃO

R.h.,

Certifico para os devidos fins que, na data de 30 de janeiro de 2025 foi devolvido ao remetente, o AR (ENVELOPE), referente ao fornecedor: **CLINICA ODONTO CENTER** . identificando o motivo: **RECUSADO**.

Maracanaú, 6 de fevereiro de 2025.

Terezinha Honório de Medeiros
Administrativo - 28920
Procon Maracanaú

DOU ciência dos dados coletados no ato da entrega do objeto, que poderão ser utilizados para fins de comprovação de prestação do serviço.

AVISO DE RECEBIMENTO

DESTINATÁRIO
CLINICA ODONTO CENTER
Rua Vinte e Quatro de Maio, 796
Centro
60020000 Fortaleza - CE

REMETENTE
PROCON MUNICIPAL DE MARACANAÚ
Rua 4, 370 - (C) Jereissati I
Jereissati I
61900350 Maracanaú - CE

CARIMBO
UNIDADE DE ENTREGA
30 JAN 2025

YO 023 884 809 BR

MOTIVOS DE DEVOLUÇÃO

TENTATIVA DE ENTREGA		MOTIVOS DE DEVOLUÇÃO	
1ª	/ /	☐ Mudar-se	☐ Endereço insuficiente
2ª	/ /	☐ Não existe número	☐ Desconhecido
3ª	/ /	☒ Recusado	☐ Não procurado
		☐ Ausente	☐ Falecido
		☐ Outros	

OBSERVAÇÃO
FA 250105640010003373 18/02/25

ASSINATURA DO RECEBEDOR

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR

DATA ENTREGA

Nº DOC. DE IDENTIDADE

RUBRICA E MATRÍCULA DO CARTEIRO

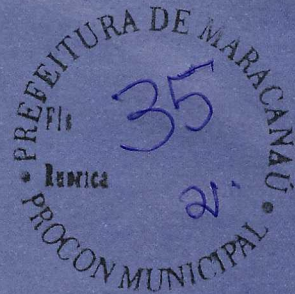
35

21

81501629



@prefmaracanau



Rua Quatro, 370 - Jereissati I - CEP: 61900-350 - Maracanaú/CE

procon@maracanau.ce.gov.br

85 3521-5900 | 85 3521-5901



Remetente: PROCON MUNICIPAL DE MARACANAÚ
Rua 4
370, (Cj Jereissati I), Jereissati I
61900-350 Maracanaú/CE

DESTINATÁRIO
CLINICA ODONTO CENTER
Rua Níve e Quatro de Maio
790, Centro
60020-000 Fortaleza/CE

Obs: FA 250105640010003370
18/02/25

YO 023 884 809 BR

Correios
9912678403/12
28/01/2025

AR RR

CARTA

30 JAN 2025

AO REMETENTE

PROCON CENTRO SERVIDOR

PROCON
COORDENADORIA MUNICIPAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR
MARACANAÚ





Coordenadoria Municipal de
Proteção e Defesa do Consumidor

PROCON
Maracanaú



CERTIDÃO

R.h.,

Certifico para os devidos fins que, na data de 30 de janeiro de 2025 foi devolvido ao remetente, o AR (ENVELOPE), referente ao fornecedor: **CLINICA ODONTO CENTER** . identificando o motivo: **RECUSADO**.

Maracanaú, 6 de fevereiro de 2025.

Terezinha Honório de Medeiros
Administrativo - 28920
Procon Maracanaú