

F.A. N°: 26.02.0564.001.00093-301

MANIFESTAÇÃO DO CONSUMIDOR(A):

Compareceu a este órgão Municipal de Defesa do Consumidor o(a) reclamante do procedimento supracitado e em cumprimento às determinações de fls. ____ Apresenta a seguinte manifestação:

Eu ALINE SILVA MENDES PALMANS, PORTADORA DO CPF 64951634368, VENHO POR MEIO DESTES INFORMAR O PROCON QUE FUI RESSACIDA NO VALOR DE 1.728,00 DA CLINICA AMOR SAUDE MARACANA, REFERENTE AS MANUTENÇÕES PAGAS E NÃO REALIZADAS. SOLICITO O ARQUIVAMENTO DO PROCESSO.

Reclamante: Alino Lilia Clemente Rhamo

Data: 15 / 04 / 2025

CONCLUSÃO

Vistas à diretoria executiva para análise e determinação.

Maracanaú, 15 de Abril de 2025.

PROCON MUNICIPAL
PREFEITURA DE MARACANAÚ
Terezinha Honório de Medeiros
Setor Administrativo Mat. 28.920
Servidor do PROCON