

Zimbra

procon@maracanau.ce.gov.br



COMPROVANTE DE ACORDO QUITADO - ALINE SILVA

De : Gerência Maracanaú
<gerenciafinanceiromaracanau@gmail.com>

sáb., 12 de abr. de 2025 11:41

📎 1 anexo

Assunto : COMPROVANTE DE ACORDO QUITADO - ALINE SILVA

Para : Procon Maracanaú <procon@maracanau.ce.gov.br>

As imagens externas não são exibidas. [Exibir as imagens abaixo](#)

Bom dia!

Segue comprovante de pagamento do acordo da paciente **ALINE SILVA MENDES PALHANO**.

--

Atenciosamente;
Lidiane Silva

📎 **ACORDO ALINE PALHANO.pdf**
3 MB

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO A CLIENTE

Observação:

- 1 - campos marcados com (*) são campos de preenchimento obrigatório
- 2 - preencher os campos com letra legível ou digitar
- 3 - guardar uma cópia deste documento

(*) Nome completo: ALINE SILVA MENDES PALMADO
(*) CPF: 649 516 343 68 (*) Telefone: 85 9 893388 12

() Endereço: NOSSA SENHORA DO NAZARE UM 760

(*) Valor: 1.728

*Motivo do reembolso: Acordo de avaliação valor de mantimentos pagos e não realizados.

(*) Assinaturas

Gestor/Gerente

Financeiro

Cliente

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras e que estou ciente das penalidades cabíveis.

Artigo 299 do Código Penal - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa.

PREFEITURA DE MARACANAU
PROCON MUNICIPAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
PROTETO GERAL 99010018971	DATA DE Emissão 01/11/2017
NOME ALINE SILVA MENDES PALHANO	
FILIAÇÃO GERULAN LOPES MENDES	
MÃE MARIA DE FÁTIMA SILVA MENDES	
CIDADE FORTALEZA - CE	DATA DE NASCIMENTO 13/01/1981
CITY CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: ANTONIO BEZERRA TERMO: 58.018	
FOLHA: 31V LIVRO: B-103 FORTALEZA - CE	
CPF: 649.516.343-68	
2 VTA	P.: 13



Coordenadoria Municipal de
Proteção e Defesa do Consumidor

PROCON
Maracanaú



CERTIDÃO

FA Nº 25.02.0564.001.00093-301

RECLAMADA: AMOR SAÚDE MARACANAÚ LTDA

RECLAMANTE: ALINE SILVA MENDES PALHANO

R.h.,

Visto,

Certifico que a parte reclamada **AMOR SAÚDE MARACANAÚ LTDA** na data de **14 de abril de 2025**, enviou comprovação de cumprimento de acordo, conforme às fls. 62 a 65, referente ao processo administrativo de Nº **25.02.0564.001.00093-301**. Do exposto, encaminhe-se para os demais atos administrativos.

Maracanaú, 14 de abril de 2025

Terezinha Honório de Medeiros
Agente Administrativo – 28.920