



PROCON
PROGRAMA MUNICIPAL DE DEFESA DO CONSUMIDOR
MARACANAÚ

GOVERNO MUNICIPAL DE MARACANAÚ
PROGRAMA MUNICIPAL DE DEFESA DO CONSUMIDOR

TERMO DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO

PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO

Número de Atendimento: 2606056400100046302, 2606056400100046303

Reclamante/Consumidor(a): MARIA ELIZONEIDE OLIVEIRA GOMES , **CNPJ/CPF:** 312.953.803-82, **Endereço:** Rua Henrique Mendes - 790 - Parque Tijuca - Maracanaú - CE - 61917-360 , **Telefone:** (85) 99285-5357 , **E-mail:** .

Reclamado/Fornecedor: AL CLINICA ODONTOLOGICA LTDA, **CPF/CNPJ:** 63.413.757/0001-27, **Endereço:** Rua Padre Pedro de Alencar - 176 SALA B - Messejana - Fortaleza - CE - 60840-280assistentejuridico1.pop@gmail.com.

Reclamado/Fornecedor: SOROCRED CRÉDITO FINANCIAMENTO E INVESTIMENTO S/A, **CPF/CNPJ:** 04.814.563/0001-74, **Endereço:** Rua Quinze de Novembro - 45 - Centro - Sorocaba - SP - 18010-080, **E-mail:** correspondente.adv.sm@gmail.com, fragataeantunes.sp@fragataeantunes.com.br.

Ao(s) 25 de Agosto de 2026 às 11h00, na sala de audiência do Procon Municipal de Maracanaú, situada na Rua 4 - Nº 370 - Jereissati I - Maracanaú - CE - 61900-350 , perante o(a) conciliador(a) LUANA DE SOUZA RODRIGUES, compareceram o(a) Consumidor(a) Sr(a). MARIA ELIZONEIDE OLIVEIRA GOMES e o(s) Fornecedor(es) AL CLINICA ODONTOLOGICA LTDA e SOROCRED CRÉDITO FINANCIAMENTO E INVESTIMENTO S/A, representado pelo(a) Sr(a). ISRAEL COELHO RIBEIRO FILHO, inscrito no CPF sob nº612.723.413-13 e Pedro Alves de Souza, inscrito no CPF sob nº075.310.026-63.

Dada a palavra ao(a) preposto(a) do fornecedor, AL CLINICA ODONTOLOGICA LTDA, este informa que a reclamada efetuará a quitação do boleto referente a dívida da consumidora enviada pela financeira.

Dada a palavra ao(a) preposto(a) do fornecedor, SOROCRED CRÉDITO FINANCIAMENTO E INVESTIMENTO S/A, este informa que a Afinz reitera a defesa apresentada e informa que o requerimento da Consumidora teve sua contestação acatada e o cadastro está em regularização. Reiteramos o Prazo de 90 dias para Análise que é realizada pela bandeira Visa. Eventuais dúvidas, deverá contatar através da Central de Atendimento, através do telefone 08000 773 6660 (ligação gratuita para telefone fixo ou público) ou 40901730.

Dada a palavra ao(a) consumidor(a), esta informa que esta ciente e de acordo.

DO(A) CONCILIADOR(A)

A audiência LOGROU ÊXITO, pois tanto o(a) Consumidor(a) quanto o(s) Fornecedor(es) fizeram-se presentes a esta audiência de conciliação.

Neste ato, c(a) representante do Fornecedor apresentou os devidos esclarecimentos a respeito da demanda apresentada pelo(a) Consumidor(a), ofertou ainda uma proposta de acordo aceita pelo(a) Consumidor(a), bem como, realizou a juntada dos seguintes documentos: carta de preposto, defesa administrativa, atos constitutivos, substabelecimento e procuração.

1. Fica a empresa reclamada **AL CLÍNICA ODONTOLÓGICA LTDA.** comprometida, por mera liberalidade, a cumprir o acordo aceito pela consumidora, consistente no pagamento integral do saldo devedor do referido cartão no prazo de 15 dias uteis, conforme condições estabelecidas entre as partes.
2. Fica a reclamante comprometida a solicitar o boleto para pagamento por meio dos canais de atendimento informados pelo representante da reclamada **SOROCRED CRÉDITO, FINANCIAMENTO E INVESTIMENTO S/A**, quais sejam: 0800 773 6660 (ligação gratuita para telefone fixo ou público) ou 4090-1730.
3. Fica a reclamante comprometida a encaminhar o referido boleto à empresa reclamada **AL CLÍNICA ODONTOLÓGICA LTDA.**, por meio do e-mail: assistentejuridico1.pop@gmail.com, para que esta possa efetuar o pagamento, nos termos do presente acordo.
4. Fica, portanto, estabelecido o compromisso das partes de cumprir integralmente o presente acordo, sob pena de aplicação de multa e das demais sanções administrativas cabíveis, previstas no Código de Defesa do Consumidor e legislações correlatas.

Dito isto, e ACORDO FIRMADO entre as partes presentes a esta audiência de conciliação, encaminho a presente reclamação ao Setor Jurídico para análise, determinação e demais atos que entender necessários.

Nada mais para constar no momento, vai assinado pelo(a) conciliador(a), pelo(a) consumidor(a) e pelo(s) fornecedor(es).



Maracanaú, 25 de Agosto de 2026.

Luana de Souza Rodrigues Gomes.

LUANA DE SOUZA RODRIGUES (Conciliador(a))

Maria Elizoneide de Oliveira

MARIA ELIZONEIDE OLIVEIRA GOMES (Consumidor(a))

PRESEANÇA VIRTUAL

ISRAEL COELHO RIBEIRO FILHO(Preposto(a))

AL CLINICA ODONTOLOGICA LTDA (Fornecedor)

PRESEANÇA VIRTUAL

PEDRO ALVES DE SOUZA (Preposto(a))

SOROCRED CRÉDITO FINANCIAMENTO E INVESTIMENTO S/A (Fornecedor)

