

À

Coordenadoria Municipal de Proteção e Defesa do Consumidor – Procon Maracanaú

Rua Quatro, nº 370 – Jereissati I, CEP 61.900-350, Maracanaú/CE

Processo Nº: 2602056400100053301

ILMO(A) Sr (a) Promotor(a),

ODONTOART PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA., sob CNPJ 03.187.913/001-57, situada na Rua Desembargador Leite Albuquerque, Nº 635, Cobertura, Bairro ALDEOTA, CEP: 60150150, Fortaleza-CE, vem, com respeito mútuo, em atendimento ao Processo de Notificação N.: **2602056400100053301**, proposto pelo Consumidor **PEDRO ESTEVAM DOS SANTOS**, CPF: 433.994.103-44, apresentar MANIFESTAÇÃO formal e escrita, nos termos que se seguem:

O Reclamante, em síntese, afirma ser titular de plano odontológico junto à empresa Odontoart, cujo valor é descontado diretamente de sua folha de pagamento. Sustenta que realizou diversas tentativas de solicitar o cancelamento do referido plano junto à empresa, contudo não obteve êxito.

Ao final, requer o cancelamento imediato do contrato, sem a imposição de qualquer ônus ou cobrança adicional.

Com o intuito de melhor elucidar os fatos que circundam a presente demanda, a Reclamada apresenta, a seguir, as informações necessárias para o devido esclarecimento e demonstração de sua conduta legítima e regular.

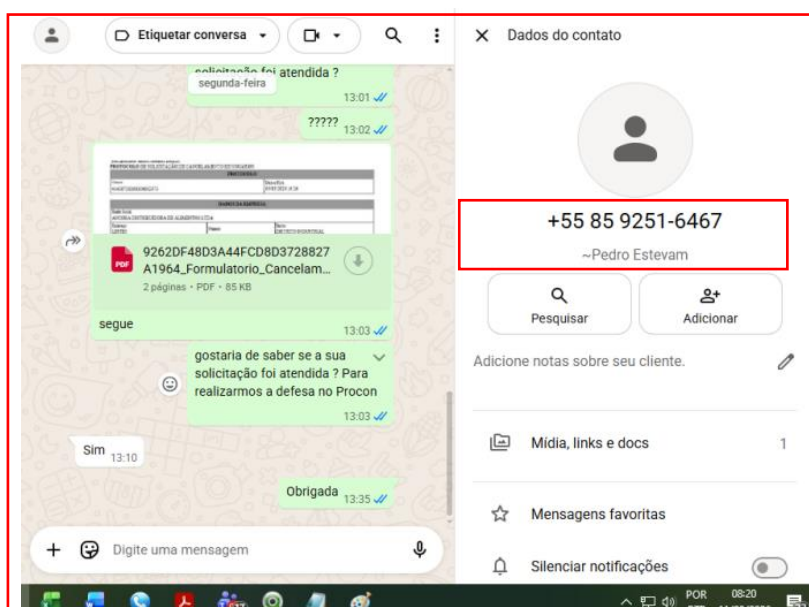
Inicialmente, ressalte-se que a Odontoart Planos Odontológicos Ltda. constitui empresa prestadora de serviços voltados à saúde bucal, atuando no mercado há vários anos e oferecendo aos seus beneficiários diferentes modalidades de planos odontológicos, com distintas abrangências e adequadas às necessidades específicas de cada paciente.

A finalidade precípua da empresa consiste em disponibilizar serviços odontológicos acessíveis a todas as classes sociais, especialmente à população economicamente vulnerável, praticando, para tanto, valores compatíveis com essa proposta.

No caso em apreço, verifica-se que o Reclamante, **PEDRO ESTEVAM DOS SANTOS**, aderiu ao Contrato de Prestação de Assistência Odontologica em **12/01/2022**, ocasião em que se comprometeu ao pagamento de 18 (dezoito) parcelas mensais, no valor de **R\$ 35,60 (trinta e cinco reais e sessenta centavos)**. O referido contrato foi firmado tendo como beneficiárias as Sras. ROSA LUCIA ALMEIDA DE SOUSA, GEORGINA BEATRIZ NASCIMENTO DOS SANTOS e ISABEL NASCIMENTO DOS SANTOS.

Demonstrando seu compromisso com a satisfação de seus associados, bem como com a solução célere e eficaz de eventuais demandas, a Reclamada entrou em contato com o Reclamante a fim de compreender as particularidades do caso. Na ocasião, por mera liberalidade, deixou de aplicar a multa contratual prevista, não obstante o contrato estabelecer prazo mínimo de permanência de 18 (dezoito) meses, procedendo, ainda assim, ao cancelamento do contrato.

Após a análise das informações apresentadas e em observância aos princípios da boa-fé e da responsabilidade social que norteiam suas atividades, a empresa Odontoart Planos Odontológicos procedeu ao cancelamento do plano, conforme comprovado por meio da gravação do atendimento realizado via WhatsApp (**protocolo nº 41438720260306002373**), razão pela qual a demanda restou devidamente solucionada, conforme se verifica a seguir:



(Contato com o Reclamante via WhatsApp em anexo)

Diante da exposição de tais fatos, certo de que os esclarecimentos foram devidamente prestados, requer a Reclamada que, sejam acostados aos autos a presente manifestação e documentos, recebendo-os e reconhecendo os **termos do acordo**; para que, ao fim, seja o presente processo extinto e arquivado definitivamente, sem qualquer penalidade para a Defendente, já que se comportou conforme os ditames constitucionais, civilista, consumeristas e contratuais.

Fortaleza-CE, 13 de março de 2026.

Segue anexo:

1. Contrato Social;
2. Contrato de Prestação de Assistência Odontológica;
3. Documento de comprovação de cancelamento do plano;
4. Documento de comprovação do atendimento via WhatsApp;

FORMULÁRIO DE ADESÃO

Cód.: _____

Lote: _____

NOVA ADESÃO INCLUSÃO DE DEPENDENTE

TITULAR USUÁRIO RESPONSÁVEL

Dados do Funcionário

TIPO DE PLANOS <input checked="" type="checkbox"/> MULTIMASTER <input type="checkbox"/> MULTIPLUS <input type="checkbox"/> MULTIPREV	Nome: PEDRO ESTEVAM DOS SANTOS			
	Nome da Mãe: LIANA ESTEVAM DOS SANTOS			
Data de Nascimento: 15/11/68	Sexo: M	Estado Civil: C	CPF: 43399410344	RG: _____
Endereço Residencial: R-45-571 B				
Bairro: JERUSSALM	CEP: 61905430	Cidade: _____	UF: _____	
Nome empresa / órgão: FREVOLOMIA	Filial: WARRACORU	Cargo: _____		
Telefone: _____	Whatsapp: 98407-4822	Fone Residencial: _____		

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

<input type="checkbox"/> MULTIMASTER <input type="checkbox"/> MULTIPLUS <input type="checkbox"/> MULTIPREV	Nome	Sexo	CPF	Data de Nasc.
<input checked="" type="checkbox"/>	ROSS WAG ALMEIDA DE SOUSA	F	293.339.03372	18/02/66
	Mãe: LIANA ALMEIDA DE SOUSA	Telefone: _____	Parentesco: ESPOSO	Valor R\$: _____
<input checked="" type="checkbox"/>	GEORGINA BEZERRA NASCIMENTO DOS SANTOS	F	627.193.06380	22/08/02
	Mãe: LIANA WAG NASCIMENTO DOS SANTOS	Telefone: 81205	Parentesco: FILHO	Valor R\$: _____
<input checked="" type="checkbox"/>	ISABEL NASCIMENTO DOS SANTOS	F	627.193.08323	21/07/08
	Mãe: LIANA WAG NASCIMENTO DOS SANTOS	Telefone: _____	Parentesco: FILHO	Valor R\$: _____
<input type="checkbox"/>	Nome: _____	Sexo: _____	CPF: _____	Data de Nasc.: _____
	Mãe: _____	Telefone: _____	Parentesco: _____	Valor R\$: _____

Previsão de Pagamento: _____	Valor total da adesão: _____
------------------------------	------------------------------

Requerimento de Desconto em Folha de Pagamento

(a) proponente abaixo assinado(a), requer a V.Sa., que se designe averbar para desconto mensal em sua folha de pagamento em favor da Odontoart Planos Odontológicos Ltda., o valor de R\$ _____, _____, por um período indeterminado com mínimo de 18(dezoito) meses, renováveis automaticamente, por período indeterminado, sem necessidade de solicitação expressa do Titular Responsável.

Declaro ter conhecimento e estar de acordo com as condições regulamentares da **Odontoart Planos Odontológicos Ltda** e que assumo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

CARIMBO E ASSINATURA DO VENDEDOR

[Assinatura]

_____, de _____ de 20____

[Assinatura]

Assinatura do Responsável

RECIBO DE SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE USUÁRIOS

PROTOCOLO	
Número 41438720260306002373	Data e Hora 06/03/2026 16:24

DADOS DA EMPRESA			
Razão Social ANCORA DISTRIBUIDORA DE ALIMENTOS LTDA			
Endereço LESTE3		Número	Bairro DISTRITO INDUSTRIAL
Cidade MARACANAU	UF CEARA	CNPJ 03879760000966	Telefone(s)

OPERADORA		
Odontoart		ANS 414387
Endereço Av. Santos Dumont, 2849, Sala 205 a 2010 - Aldeota - CEP 60150-165 - Fortaleza - Ceará		CNPJ 03187913000157 Telefone(s) 8532924444

RESPONSÁVEL FINANCEIRO				
Nome 310818752 - PEDRO ESTEVAM DOS SANTOS				
Endereço 1	Número 1	Bairro NOVO MARACANAU	Cidade MARACANAU	UF CEARA
CPF 43399410344	Nome da Mãe MARIA ESTEVAM DA SILVA			
Telefone(s) (85)984074822, (85)992516467		E-mail(s)		

USUÁRIOS DO PLANO
Código: 311077699 - Nome: PEDRO ESTEVAM DOS SANTOS - Adesão: 12/01/2022 - CPF: 433.994.103-44 - Carteira: 0100*07000000*0
Código: 311077700 - Nome: ROSA LUCIA ALMEIDA DE SOUSA - Adesão: 12/01/2022 - CPF: 293.339.033-72 - Carteira: 0100*07000000*0
Código: 311077701 - Nome: GEORGINA BEATRIZ NASCIMENTO DOS SANTOS - Adesão: 12/01/2022 - CPF: 627.193.063-80 - Carteira: 0100*07000000*0
Código: 311077702 - Nome: ISABEL NASCIMENTO DOS SANTOS - Adesão: 12/01/2022 - CPF: 627.193.083-23 - Carteira: 0100*07000000*0

Conforme Formulário de Solicitação de Exclusão Plano Coletivo, em atendimento ao vosso pedido, esta OPERADORA declara para os devidos fins legais que recebeu e processou o pedido de exclusão do(s) beneficiário(s) acima discriminado(s), conforme protocolo e horário acima.

Cumpre-nos, novamente, ressaltar as seguintes informações:

1. O pedido de exclusão possui o EFEITO A PARTIR DA DATA DO PROTOCOLO ACIMA INFORMADO, destacando que o(s) beneficiário(s) acima elencado(s) será(ão) excluído(s) do Plano de Saúde Coletivo;
2. Esta solicitação possui caráter **IRREVOGÁVEL**, ou seja, **NÃO SERÁ PERMITIDO O DIREITO DE ARREPENDIMENTO POSTERIOR**;
3. A partir da data da exclusão, todos os procedimentos previamente agendados/autorizados em favor do(s) beneficiário(s) excluído(s), **serão automaticamente cancelados**, impossibilitando, portanto, a utilização dos serviços, ainda que de posse de documento ou informação de liberação no prazo de validade;
4. A partir do protocolo acima **não será permitida a utilização do plano de saúde pelo(s) beneficiário(s) excluído(s)**, MESMO PARA OS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA;
5. Futuramente, caso opte por solicitar nova inclusão neste plano ou por contratar novo plano de saúde, seja com esta ou outra operadora, haverá a incidência de **novos períodos de carência**;
6. A exclusão do(s) beneficiário(s) no plano **impossibilita a realização de portabilidade** ou reaproveitamento de carências;
7. Haverá a perda imediata de quaisquer benefícios relacionados com a isenção de mensalidades, quando do falecimento do titular, eventualmente contratados (direito de remissão), devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;
8. As mensalidades e coparticipações devidas, pela utilização dos serviços realizados até a data da exclusão, bem como outros débitos e multas, permanecem sob sua responsabilidade e serão processadas conforme regras contratuais habituais, não excluindo a responsabilidade da pessoa jurídica contratante;
9. **A utilização indevida** do plano, ou seja, após a data da exclusão, **ACARRETARÁ NA COBRANÇA INTEGRAL DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS**, sendo o Beneficiário responsável e serão cobrados conforme regras contratuais, não excluindo a responsabilidade da pessoa jurídica contratante;
10. **A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes**, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
11. A operadora encaminhará o Comprovante de Efetiva Exclusão do(s) beneficiário(s), conforme dados informados no Formulário de Solicitação de Exclusão Plano Coletivo, onde foi autorizado, inclusive, o envio por meio digital.

CEARA, 10/03/2026

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR

ASSINATURA DA OPERADORA

WhatsApp chat interface showing a conversation on Friday. The contact's name is Pedro Estevam, with phone number +55 85 9251-6467. The chat history includes a security notice, a message from Regina Bulcão asking for help with a contact, and a response from Pedro Estevam regarding a notification.

quinta-feira

As mensagens e ligações são protegidas com a criptografia de ponta a ponta. Somente as pessoas que fazem parte da conversa podem ler, ouvir e compartilhar o conteúdo dessas conversas. Clique para saber mais.

Boa noite 17:48 ✓✓

Meu nome é Regina Bulcão, trabalho na gestão de demanda administrativas da Odontoart, nesse contato falo com a Sr Pedro Estevam? Editada 17:49 ✓✓

sexta-feira

Bom dia Sim 08:57

Recebemos a notificação do procon e gostaria d entender melhor sua solicitação 09:20 ✓✓

Digite uma mensagem

Dados do contato

+55 85 9251-6467
~Pedro Estevam

Pesquisar Adicionar

Adicione notas sobre seu cliente.

Mídia, links e docs 1

Mensagens favoritas

Silenciar notificações

POR PTB 08:19 11/03/2026

WhatsApp chat interface showing a conversation on Friday. The contact's name is Pedro Estevam, with phone number +55 85 9251-6467. The chat history includes Regina Bulcão asking for help with a cancellation, Pedro Estevam's response, and Regina Bulcão's thanks.

sexta-feira

É que por várias vez fazer o cancelamento do meu plano e não consegui, pois me jogava pro lado e outro,por isso o motivo de procurar o procon 12:45

compreendo 12:47 ✓✓

mas posso lhe ajuda ,o sr defesa marcar consultas ? 12:47 ✓✓

Não, obrigada 13:13

Então o se deseja prosseguir com o cancelamento ??? 13:59 ✓✓

o sr deseja cancelar todos do seu plano ? 16:22 ✓✓

Solicitação realizada com sucesso. Protocolo: 41438720260306002373 18:17 ✓✓

Digite uma mensagem

Dados do contato

+55 85 9251-6467
~Pedro Estevam

Pesquisar Adicionar

Adicione notas sobre seu cliente.

Mídia, links e docs 1

Mensagens favoritas

Silenciar notificações

POR PTB 08:19 11/03/2026

segunda-feira

oi Sr Pedro 12:50 ✓✓

o sr pode me confirmar se compreendeu todas as informações ? 12:51 ✓✓

deseja o documento de cancelamento ? 12:51 ✓✓

Sim, gostaria do domento 12:57

gostaria de saber se a sua solicitação foi atendida ? 13:01 ✓✓

????? 13:02 ✓✓

DOCUMENTO DE SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE UTILIZADOR

INFORMAÇÕES	
Nome	Daya Ellis
Matrícula	187833024.24

DADOS DA EMPRESA

Dados Gerais		
Nome Social	AUTORA DISTRIBUIDORA DE ALIMENTOS LTDA	
Estado	Paraná	Cidade
Logradouro	CAMPUS UNIVERSITÁRIO	

9262DF48D3A44FCD8D3728827
A1964_Formulario_Cancelam... 13:02 ✓✓

Dados do contato

+55 85 9251-6467

~Pedro Estevam

Pesquisar

Adicionar

Adicione notas sobre seu cliente.

Mídia, links e docs 1

Mensagens favoritas

Silenciar notificações

segunda-feira

gostaria de saber se a sua solicitação foi atendida ? 13:01 ✓✓

????? 13:02 ✓✓

DOCUMENTO DE SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE UTILIZADOR

INFORMAÇÕES	
Nome	Daya Ellis
Matrícula	187833024.24

DADOS DA EMPRESA

Dados Gerais		
Nome Social	AUTORA DISTRIBUIDORA DE ALIMENTOS LTDA	
Estado	Paraná	Cidade
Logradouro	CAMPUS UNIVERSITÁRIO	

9262DF48D3A44FCD8D3728827
A1964_Formulario_Cancelam... 13:03 ✓✓

2 páginas · PDF · 85 KB

segue 13:03 ✓✓

gostaria de saber se a sua solicitação foi atendida ? Para realizarmos a defesa no Procon 13:03 ✓✓

Sim 13:10

Obrigada 13:35 ✓✓

Dados do contato

+55 85 9251-6467

~Pedro Estevam

Pesquisar

Adicionar

Adicione notas sobre seu cliente.

Mídia, links e docs 1

Mensagens favoritas

Silenciar notificações