



**GOVERNO MUNICIPAL DE MARACANAÚ – CEARÁ**  
**COORDENADORIA MUNICIPAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR**  
**PROCON MARACANAÚ**

**NOTIFICAÇÃO DE AUDIÊNCIA E APRESENTAÇÃO DE DEFESA**

**Número de Atendimento:** 2604056400100008302

Ao representante legal de:

**DADOS DO(S) FORNECEDOR(ES)**

**Razão Social:** CLINICA ODONTOLOGICA NORTH SHOPPING MARACANAU LTDA

**Nome Fantasia:** CLINICA ODONTOLOGICA NORTH SHOPPING MARACANAU LTDA

**CPF/CNPJ:** 49.054.093/0001-26

**Endereço de Correspondência:** Avenida Carlos Jereissati - Loja 329 e 330 - Jereissati II - Maracanaú - CE - 61901-012

**Telefone Institucional:** (85) 3021-3387

**E-mail Institucional:**

A Diretoria Executiva do Programa Municipal de Proteção e Defesa do Consumidor de Maracanaú – Ceará (PROCON MUNICIPAL DE MARACANAÚ), Lei 2.084 de 01 de outubro de 2013, e nos termos da Constituição Federal, e com fundamento nos incisos III IV do art. 4º e do parágrafo 4º do art.55 da Lei 8.078/90, bem como no parágrafo 2º do art.33, art.42 e 44 do Decreto Federal 2.181/97, convoca o fornecedor acima qualificado para comparecer em audiência designada para o dia **04/05/2026 às 09:00** horas, via videoconferência através da plataforma Meet no link disponibilizado no quadro abaixo, ou compareça a audiência presencialmente na sede deste Procon localizado na Rua 04, nº 370, Jereissati I, Maracanaú/CE, quando deverá apresentar defesa escrita/contestação ou encaminha-la para o e-mail institucional [protocolo\\_procon@maracanau.ce.gov.br](mailto:protocolo_procon@maracanau.ce.gov.br), ou ainda, inserir no prazo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de realização da audiência, em resposta eletrônica, em relação aos fatos ora notificados, e poderá conciliar-se com o(a) consumidor(a). Decorrida a audiência, este órgão apreciará, de forma definitiva, a fundamentação da reclamação apresentada pelo(a) consumidor(a) abaixo qualificado(a), para efeitos de inclusão dos CADASTROS MUNICIPAL, ESTADUAL E FEDERAL DE RECLAMAÇÕES FUNDAMENTADAS, nos termos do art. 44 da Lei n. 8.078/90, prosseguimento o trâmite do presente processo administrativo, nos termos dos arts. 45, 46 e 47 do Decreto 2.181/97.

Adverte-se que o preposto da empresa deverá trazer a documentação que comprove sua condição (documentos pessoais, contrato social e carta de preposição), devendo ter poderes para transigir, sob pena de o fornecedor ser considerado não representado.

Email institucional para protocolo de

Link da Audiência:<https://meet.google.com/ckt-hjuc-dib>



**GOVERNO MUNICIPAL DE MARACANAÚ – CEARÁ**  
**COORDENADORIA MUNICIPAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR**  
**PROCON MARACANAÚ**

**DADOS DO CONSUMIDOR(A)**

**Consumidor(a):** ANTONIA NETA ALVES DE OLIVEIRA - **CNPJ/CPF:** 549.020.703-59

**Endereço:** Rodovia Senador Almir Pinto - CE 065 - 100 - Jaçanaú - Maracanaú - CE - 61915-000

**Telefone:** (85) 99996-6564

**FATOS NARRADOS PELO CONSUMIDOR(A)**

**Relato:**

Relata a consumidora que procurou a clínica Pop Dents, no mês de setembro de 2025, com a finalidade de confeccionar uma prótese dentária. Informa que foi acordado o pagamento no valor de R\$ 1.700,00, a ser realizado por meio de boleto bancário.

Contudo, alega que, sem sua autorização, foi realizado um cartão em seu nome, resultando em cobrança no valor total de R\$ 1.886,84. Acrescenta que, no referido cartão, foram incluídas cobranças adicionais, tais como anuidade, taxa de limite excedido e outros encargos.

Ademais, afirma que compareceu à clínica apenas para a prova da prótese, não tendo recebido o produto até o presente momento, decorridos aproximadamente sete meses. Informa que já buscou solução junto à empresa, porém esta apenas promete a entrega, sem efetivamente cumprir.

Diante dos fatos, a consumidora recorreu a este órgão de proteção e defesa do consumidor para intermediação da demanda.

**Pedido: Requer a restituição dos valores pagos, inclusive daqueles cobrados a maior, bem como o cancelamento do serviço de prótese.**

Maracanaú/CE, 06 de Abril de 2026 .

---

**DANIELA PINHEIRO BEZERRA DE FARIAS**  
**DIRETORA EXECUTIVA**  
**PROCON - MARACANAÚ**

**Recebido por(assinatura):** \_\_\_\_\_

**Nome do funcionário/responsável (legível):** \_\_\_\_\_