



Processo:
27012023110654712
Folha 9

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Assistência Social e Trabalho
Superintendência para Orientação e Defesa do Consumidor - PROCON/MS

TERMO DE NOTIFICAÇÃO DE AUDIÊNCIA DO FORNECEDOR

Processo F.A. n° 27012023110654712

Ao representante legal de

Razão Social: **CENTRO DA ATM MULTIDISCIPLINAR DE DIAGNOSTICO E TRATAMENTO OROFACIAL LTDA**

Nome Fantasia: **CENTRO DA ATM**

CNPJ: **37.991.913/0001-27**

Telefone: **(67) 3331-5836**

E-mail: **CONTATO@AGMCONTABILIDADE.COM.BR**

Endereço: **Rua Sete de Setembro, 1002 casa 1**

Bairro: **Centro** - Cidade: **Campo Grande** - Estado: **MS** - CEP: **79002130**

O PROCON/MS, com fundamento nos incisos III e IV do art. 4º e do parágrafo 4º do art. 55 da Lei nº 8.078/1990, bem como no art. 6º, do Decreto Estadual nº 15.647/2021, **CONVOCA o fornecedor acima qualificado para comparecer em audiência designada para o dia quarta-feira, 19 de abril de 2023 às 11:20, no endereço Rua 13 de Junho, 930 Centro - Campo Grande/MS - CEP: 79002-430, quando deverá apresentar defesa e conciliar-se com o consumidor.**

Obs. Na tentativa de buscar uma solução para a presente reclamação, se faz necessário que essa audiência seja realizada de forma presencial.

Decorrida a audiência, este órgão apreciará de forma definitiva a fundamentação da reclamação do consumidor, para efeito de sua inclusão nos Cadastros Estadual e Nacional de Reclamação Fundamentada, nos termos do art. 44 da Lei nº 8.078/90, prosseguindo o trâmite do presente processo administrativo, nos termos dos artigos 14, 16, 35, 52 e 62, todos do Decreto Estadual 15.647/2021.

O fornecedor, caso pessoa jurídica, deverá ser representado por sócio ou preposto devidamente habilitado, munido de cópia do contrato social ou estatuto com ata da última assembleia da empresa contendo CNPJ e endereço atualizado. Sendo oportunizada na ocasião a apresentação de complementação da defesa. Sendo pessoa física está deverá comparecer munida de CPF e documento oficial com foto. "O fornecedor de produto ou serviço é solidariamente responsável pelos atos de seus prepostos ou representantes autônomos" (art. 34, Lei nº 8.078/90).

A recusa ao comparecimento ou o desrespeito a determinações e/ou convocações do PROCON/MS, órgão do



270120231

F0

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Assistência Social e Trabalho
Superintendência para Orientação e Defesa do Consumidor - PROCON/MS

Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, caracteriza crime de desobediência, na forma do art. 330 do Código Penal, ficando a autoridade administrativa com poderes para aplicar as sanções administrativas cabíveis. Havendo interesse em firmar acordo antes da data prevista para audiência, o fornecedor ora notificado deverá estabelecer contato com o consumidor e/ou com este órgão de defesa do consumidor através do e-mail: conciliacao@procon.ms.gov.br, ressaltando que este e-mail é somente para informações e dúvidas, não recebemos documentos para impressão.

Campo Grande - MS, sexta-feira, 27 de janeiro de 2023.

Patricia Mara da Silva
Superintendência para Orientação e Defesa do Consumidor - PROCON/MS

R. 13 de Junho, 930 - Centro, Campo Grande - MS, 79002-430 - Telefone: (67) 3316-9800



Processo: 27012023110654712
Data: 27/01/2023
Folha: 1
Nome: Simone

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Assistência Social e Trabalho
Superintendência para Orientação e Defesa do Consumidor - PROCON/MS

FICHA DE ATENDIMENTO Nº 27012023110654712

Tipo do atendimento: **Reclamação**
Origem: **Presencial**
Data de abertura: **Sexta-feira, 27 de janeiro de 2023**

DADOS DO CONSUMIDOR

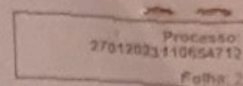
Nome: **Maria Bernardes da Silva**
Nome Social:
CPF: **800.619.821-72** - Telefone: **(67) 99308-5244**
Documento: **1735324**
E-mail:
Endereço: **Rua Ajuricaba, 334**
Bairro: **Jardim Vida Nova II** - Cidade: **Campo Grande** - Estado: **MS** - CEP: **79017807**

DADOS DO FORNECEDOR

Razão Social: **CENTRO DA ATM MULTIDISCIPLINAR DE DIAGNOSTICO E TRATAMENTO OROFACIAL LTDA**
Nome Fantasia: **CENTRO DA ATM**
CNPJ: **37.991.913/0001-27**
Telefone: **(67) 3331-5836**
E-mail: **CONTATO@AGMCONTABILIDADE.COM.BR**
Endereço: **Rua Sete de Setembro, 1002 casa 1**
Bairro: **Centro** - Cidade: **Campo Grande** - Estado: **MS** - CEP: **79002130**

Relato do Consumidor

A consumidora informa que estava com problema auditivo. Compareceu na clinica para o tratamento onde pagou uma entrada no valor R\$ 1.800,00 e o restante foi parcelado em 10 vezes no valor R\$ 232,00 mensal totalizando o valor R\$ 4.120,00 o pagamento. Verificou que não teve melhoras porém foi informado que finalizou o tratamento



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Assistência Social e Trabalho
Superintendência para Orientação e Defesa do Consumidor - PROCON/MS

Solicitação:

Restituição da entrada pago no valor R\$ 1.800,00 mais 5 parcelas no valor R\$ 232,00 mensal que foram pagas

Encerramento das 5 parcelas a vencer

Por que compareceu na clínica para tratamento auditivo onde iniciou o tratamento porém verificou que não teve melhoras porém foi informado que finalizou o tratamento

Simone Ramos Xavier
PROCON/MS

R. 13 de Junho, 930 - Centro, Campo Grande - MS, 79002-430 - Telefone: (67) 3316-9800