

TERMO DE DESISTÊNCIA TRATAMENTO ORTODÔNTICO

Eu _____, portador do RG _____ residente na rua/ av: _____ declaro para os devidos fins, que estou interrompendo o tratamento proposto pelo(a) Cirurgião(a)-Dentista _____; CRO-SP _____, por motivos estritamente pessoais, eximindo o(a) referido profissional de qualquer responsabilidade a partir dessa data.

Declaro estar ciente dos riscos inerentes à interrupção do tratamento Ortodôntico e assumo a responsabilidade por esse ato, não tendo nada a mais a reclamar, firmo o presente Termo, que vai devidamente assinado.

_____, _____ de 20____.

Paciente/Responsável Legal

Cirurgião-Dentista Credenciado