

TERMO DE CANCELAMENTO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO

Paciente:

Endereço:.....

Telefones:

Email:

Eu, _____, portador do CPF: _____, RG: _____, declaro que por motivos particulares, estou interrompendo meu tratamento ortodôntico e retirando todos os meus exames.

A partir desta data, assumo a responsabilidade sobre a integridade do meu tratamento ortodôntico e de todos os meus exames.

Declaro que recebi todas as orientações sobre os riscos de interromper este tratamento, e estou ciente diante dos riscos a enfrentar.

O Dr. (a) _____, não se responsabiliza por quaisquer alterações que venham a acontecer com o tratamento interrompido.

Belo Horizonte, de de

.....
Paciente ou responsável

.....
Testemunha

.....