



Declaração e Termo de Compromisso para obtenção Empréstimo Odontológico

Por meio do presente Termo, _____
inscrito(a) no CPF nº _____, declara que os recursos a serem obtidos
de empréstimo de emergência perante a CABEFE, serão utilizados exclusivamente para
realização de tratamento odontológico a ser executado pelo profissional de odontologia,
_____ inscrito no CRO sob o nº _____, com
endereço profissional em _____.

Declara ter conhecimento que optando pela liberação parcelada do empréstimo odontológico,
que a comprovação deverá ser feita após pagamento de cada parcela liberada e que a
amortização mensal será calculada sobre o montante total do empréstimo contraído.

Ainda por meio deste Termo, me comprometo como signatário a repassar à CABEFE, quando
solicitado, e no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, documentos (prontuários, exames,
laudos, dentre outros) e informações que comprovem a realização de tratamento
odontológico sob pena de caracterização de fraude na obtenção de empréstimo pessoal junto
à entidade.

Local e data:

Assinatura: