

**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, o signatário se compromete 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_