

TERMO DE CANCELAMENTO

Eu, _____ sob o
registro de CPF _____ e
RG _____, residente e domiciliada na Rua
_____, nº _____
Cidade _____ CEP _____ declaro que
por motivos particulares, estou interrompendo o tratamento de
_____ junto a IG SERVICOS E
TREINAMENTOS LTDA - ME, assumindo quaisquer anomalias doravante que vier a
acontecer com o tratamento ora interrompido.

Caso haja, declaro estar ciente dos termos de reembolso acordados.

Data ____/____/____

Assinatura

(igual ao documento de RG)