

Transferência de caso

Use o formulário abaixo para transferir um caso ativo ClearCorrect para outro dentista. O novo dentista deve ser registrado na ClearCorrect antes da transferência. Envie este formulário assinado por e-mail para o representante da sua região ou entre em contato com um representante de serviços do provedor em support@clearcorrect.com para obter assistência.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Númerodocaso _____

Nomedopaciente _____

DENTISTA ATUAL

Nome do dentista atual _____

Eu atesto que sou o dentista atualmente registrado como responsável o pelo caso especificado acima. Gostaria de transferir este caso para o dentista especificado abaixo. Entendo que não estarei mais autorizado a receber informações clínicas confidenciais da ClearCorrect sobre esse caso. Compreendo que ao transferir este caso, não estou isento da responsabilidade legal quanto aos serviços executados antes da transferência. Concordo com o preço, termos e condições atuais da ClearCorrect.

Assinatura do dentista atual _____ Data _____

NOVO DENTISTA

Nome do novo dentista _____

Nome do novo consultório _____

Endereço do novo consultório _____

Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Atesto que estou atualmente registrado na ClearCorrect. Gostaria de assumir a responsabilidade por todo o tratamento restante do caso especificado acima. Entendo que, após a transferência, as fases futuras serão enviadas para o consultório que eu especificar. Entendo que serei responsável pelo pagamento de quaisquer custos pendentes para este caso, independentemente de quando os custos foram incorridos, e que posso ser cobrado para outras etapas ou fases se o tratamento se estender além do número de fases que já foram comprados. Concordo com o preço, termos e condições atuais da ClearCorrect.

Assinatura do novo dentista _____ Data _____