

SISTEMA DE SAÚDE DA PMMG/CBMMG/IPSM

Relatório de Troca de profissional para Tratamento Ortodôntico

DADOS DO BENEFICIÁRIO		
Nome:	Data de Nascimento:	
Nº Cartão IPSM	Nº Matrícula	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
Nome do Estabelecimento:	CNPJ:	
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		
Nome:	CRO/UF:	Especialidade:

Tipo de tratamento Ortodôntico executado:

Interceptativo

Corretivo

Tempo de tratamento: Data de início:

Data da última sessão:

Justificativa para a interrupção do tratamento/ troca de profissional:

- Por parte do paciente

Mudança de endereço residencial do paciente

Outros _____

- Por parte do profissional:

Profissional não renovou convênio

Faltas às consultas de manutenção por mais de três meses, tendo enviado correspondência registrada com aviso de recebimento. (anexar Xerox)

Falta de cooperação do paciente no uso dos aparelhos, não alcançando resultados desejáveis.

Outros _____

CONSIDERAÇÕES RELATIVAS AO TRATAMENTO REALIZADO:

_____, _____ de _____ de 20____

Local

Assinatura do Ortodontista /carimbo

Responsável/paciente

Data da auditoria: ___/___/___

Oficial Auditor