

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Data de nascimento:    /    /  
CPF: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_ Fototipo: \_\_\_\_\_  
Sexo:  M  F Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Data da Coleta:    /    / Convênio: \_\_\_\_\_ Nº da Carteirainha: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_ Tel. Contato do Médico: \_\_\_\_\_  
Endereço da Clínica: \_\_\_\_\_

Biópsia                       Exérese                      **SOLICITA AVALIAÇÃO DAS MARGENS:**  SIM  NÃO  
 Revisão de Lâmina             Imunohistoquímico             Imunofluorescência             Hibridização in situ  
 Imunohistoquímico-nervo     Outros

Exame anatomopatológico anterior:     SIM  NÃO    Número: \_\_\_\_\_

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA ATUAL:

LOCAL DA BIÓPSIA:

LESÃO ÚNICA?

TEMPO DE APARECIMENTO DA LESÃO:

DESCRIÇÃO DA LESÃO:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico (carimbo com CRM)

A partir deste ato, fica esclarecido ao paciente o destino do material coletado, sendo de responsabilidade do médico solicitante informar que o mesmo será encaminhado ao Laboratório Gilles, sob responsabilidade técnica do Dr. Gilles Landman - CRM N° 34494.