

Nome Social:

Nome de Registro:

Data de nascimento: / /

CPF:

Etnia:

Fototipo:

Sexo Biológico: M F

Estado Civil:

Profissão:

Nome da mãe:

Nacionalidade:

Email:

Telefone:

Endereço:

CEP:

Data da Coleta: / /

Hora 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

Citopatológico

Outros

Exame anatomopatológico anterior:

NÚMERO DE FRASCOS:

LESÃO ÚNICA? SIM NÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA ATUAL:

LOCAL DA BIÓPSIA:

LESÃO ÚNICA?

TEMPO DE APARECIMENTO DA LESÃO:

DESCRIÇÃO DA LESÃO:

Assinatura do médico (carimbo com CRM)