



## Credencial PIPCO-RAM

### Consulta Diagnóstico

#### Origem da Referenciação:

- Médico MGF / Estomatologista -----
- Médico Dentista Não Aderente -----
- Médico Dentista Aderente PIPCO-RAM -----

**Grupo de Risco:** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_  
(Idade => 40 anos, fumador e hábitos alcoólicos)

#### Critérios Clínicos

**de suspeita de malignidade:** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

#### Identificação do Utente:

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexo: Masculino \_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_

N.º de Utente: \_\_\_\_\_

Subsistema: \_\_\_\_\_ Outro: \_\_\_\_\_

Médico

Referenciador: \_\_\_\_\_

N.º Cédula

Profissional: \_\_\_\_\_

Local de Referenciação: \_\_\_\_\_

Assinatura Médico Referenciador:

\_\_\_\_\_

Data da Referenciação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Carimbo do Local de Prestação*

1ª Consulta de Diagnóstico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Realização de Biopsia: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

2ª Consulta de Diagnóstico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Utente:

\_\_\_\_\_

*Carimbo do Local de Prestação*

Assinatura do Médico Aderente:

\_\_\_\_\_

Nº de Cédula OMD \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

