



Credencial PIPCO-RAM

Exame Anatomopatológico

Identificação do Utente:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: Masculino ____ Feminino ____

N.º de Utente: _____

Subsistema: _____ Outro: _____

Médico Dentista Aderente PIPCO-RAM: _____

N.º Cédula Profissional OMD: _____

Local / Entidade de Referenciação: _____

Tipo de Procedimento:

1^a Biópsia _____

2^a Biópsia _____

Assinatura do Utente:

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico Dentista Aderente:

Data: ____/____/____

*Carimbo do Local de
Prestação*

A preencher pelo Médico Anatomopatologista:

Data do envio do Relatório ao Médico Dentista Aderente: ____/____/____

Assinatura do Médico Responsável:

*Carimbo da Entidade
Prestadora*



Região Autónoma da Madeira | Governo Regional | Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil

Rua das Pretas, n.º 1 | 9004-515 Funchal | T. +351 291 212 300 F. +351 291 212 302

<https://iasaude.pt> | iasaude@iasaude.madeira.gov.pt | NIPC: 511 284 349