

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 Referência: _____

Tipo de Procedimento:

1ª Biópsia ☐

2ª 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*