

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE BIÓPSIA

Nº do Registro

Nome:

Data do Nascimento:

Sexo: Cor:

Filiação:

Hospital:	Enfermaria:	Leito: Apto.	Filiação:						
MATERIA	L REMETIDO:								
RESUMO CLÍNICO: (data da última menstruação)									
DATA	1 1	MÉDICO	Assinatura e Carin	nbo do Médico Responsável					
		RTE E RESE	RVADA AO	PATOLOGISTA					
MICROSO	OPIA:								
	~								
		1			1.40				
				, ,					
DATA		MÉDICO							

MOD. 46.01 N.

N.P. GRÁFICA

MED. 20 x 28,5 cm

ASSINATURA E CARIMBO DO PATOLOGISTA

CC. 40279

Número	o de Fragmento	os Remetidos	s a Técnica:				
Microso	conia:						
nicros(
	\$		И				
		2					
					,		

				P-Hillian Control of the Control of			
				977012W20000 \$17701 W100000000000000000000000000000000			
	Macro			Nº de Fotos			
oto	Micro		***************************************	Data			
écnic							
			and a second control of the second control o				
ACCUPATION OF THE PARTY OF THE							
							T
DATA			MÉDICO)			
DAIA			MIEDICC	,			
	/			Δ	SSINATURA E CARIMBO	DO PATOLOGISTA	