



NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO:

CPF:

ENDEREÇO COMPLETO:

TIPO DE LESÃO (MÁCULA, PLACA, PÁPULA, NÓDULO, TUMOR, MÁCULA, VESÍCULA, BOLHA, ULCERA):

LOCALIZAÇÃO DA LESÃO:

TEMPO DE EVOLUÇÃO:

ÚNICA OU MÚLTIPLA:

TIPO DE PROCEDIMENTO(BIÓPSIA INCISIONAL, EXCISIONAL, RESSECÇÃO, CURETAGEM, ENUCLEAÇÃO, OUTRO)

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: