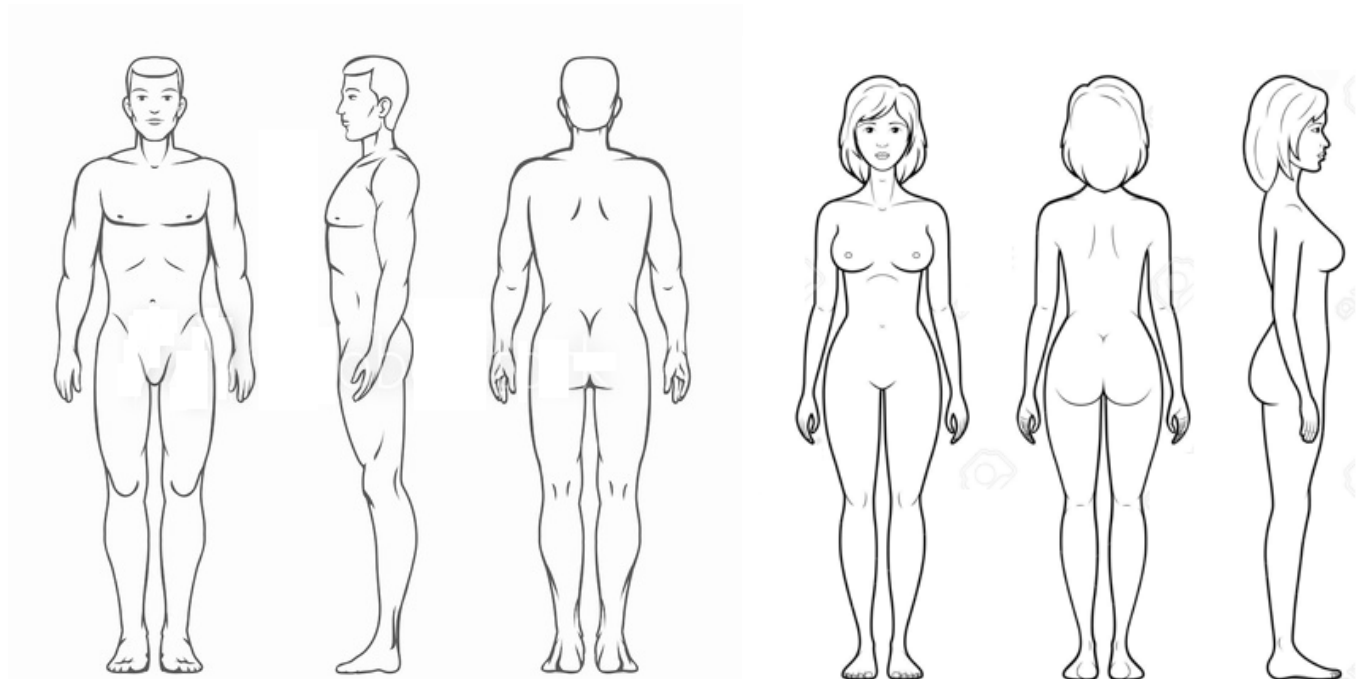


FICHA PARA REGISTRO DE PROCEDIMENTO DERMATOLÓGICOS

NOME DO PACIENTE: _____ DATA: _____

Nº DO PRONTUÁRIO: _____ DATA NASCIMENTO: _____ CROSS: _____



TIPO DE PROCEDIMENTO REALIZADO: _____

NÚMERO DE LESÕES RETIRADAS: _____

OBSERVAÇÕES: _____

Médico Responsável

Assinatura do Paciente ou Responsável