



Hospital Santa Luzia

## **Solicitação de Exames / Procedimentos**

1107824

Dados do Paciente					
Paciente	Fernanda Beatriz Pereira de Holanda	Sexo	Feminino	Prontuário	1873508
Dt. Nascimento	03/05/1985	Tipo Atend.	Atendimento Ambulatorial	Nº Atendimento	8317446
Idade	40 anos			Nr. Solicitação	1107824
Endereço	Avenida das Araucárias 4400 , 906			Dt. Solicitação	05/08/2025
Médico Atend	Dr. Paulo Cesar Miranda Coelho (CRM 8280)				

## Dados Clínicos

Dados Clínicos SECREÇÃO BRANCA E ECTOPIA CERVICAL  
CID: Z014/A54 0/A56 0/B97.7

#### **Exames Anter.**

CID Doença 2014 - EXAME GINECOLOGICO (GERAL) (DE ROTINA)

Diag.CID

#### **Justificativa**

## **Exames / Procedimentos**

## **Outros Exames / Procedimentos**

Seg Cód TUSS

Exame / Peso

Quant

1

EXIBIT B / PTOC

J200044139005  
FERNANDA BEATRIZ  
PEREIRA DE HOLANDA CAV

FERNANDA RESENDE

MARQUESA DE  
VIANA

100/100/100

0085066557002  
FERNANDA BEATRIZ  
PEREIRA DE MORAES

0085066557002

FERNANDA BEATRIZ

**PEREIRA DE HOLANDA**

Dr. Paulo Cesar Miranda Costa (CRM 6290)

CENTRAL DE AGENDAMENTO: (61) 3003-3230

**Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar  
de Diagnóstico e Terapia SP/SADT**

2-Número

**20250805173412**

Nº Requisição 0085066557002

1-Registro ANS <b>005711</b>	3-Nº Guia Principal <b>358712623</b>	4-Data da Autorização <b>05/08/2025</b>	5-Senha	6-Data Validade Senha	7-Data de Emissão da Guia <b>05/08/2025</b>
---------------------------------	---	--	---------	-----------------------	--

**Dados do Beneficiário**

8-Número da Carteira <b>887361100019010</b>	9-Validade da Carteira	10-Nome <b>FERNANDA BEATRIZ PEREIRA DE HOLANDA CAVALCANTI</b>	11-Nº Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN <b>N</b>
--	------------------------	--	--------------------------------	---------------------------------

**Dados do Contratado Solicitante**

13-Código na Operadora/CNPJ/CPF	14-Nome do Contratado <b>PAULO CESAR MIRANDA COELHO</b>	16-Conselho Profissional <b>06</b>	17-Número no Conselho <b>8280</b>	18-UF <b>53</b>	19-Código CBO <b>225250</b>	20-Assinatura do Profissional Solicitante
---------------------------------	--	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------	--------------------------------	---

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

21-Caráter do Atendimento <b>E</b>	22-Data/Hora da Solicitação <b>05/08/2025</b>	23-Indicação Clinica		
24-Tabela <b>22</b>	25-Código do Procedimento <b>40601323</b>	26-Descrição <b>PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO EM MEIO LÍQUIDO</b>	27-Qtd Solicitada <b>1</b>	28-Qtd Autorizada <b>1</b>

**Dados do Contratado Executante**

29-Código na Operadora/ CNPJ/ CPF <b>0000263036</b>	30-Nome do Contratado <b>Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>	31-CNES <b>3744221</b>
--	---	---------------------------

**Dados do Atendimento**

32-Tipo do Atendimento <b>05</b>	33-Indicação de Acidente <b>9</b>	34-Tipo de Consulta	35-Motivo de Encerramento do Atendimento <b>2</b>
-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------	--

**Procedimento e Exames Realizados**

36-Data <b>05/08/2025</b>	37-Hora Ini.	38-Hora Final	39-Tabela <b>22</b>	40-Código Proced. <b>40601323</b>	41-Descrição <b>PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO EM MEIO LÍQUIDO</b>	42-Qtd <b>1</b>	43-Via	44-Tec.	45-% Red/Acres	46-Vlr.Unitário R\$ <b>47,31</b>	47-Vlr.TotalR\$ <b>47,31</b>
------------------------------	--------------	---------------	------------------------	--------------------------------------	--	--------------------	--------	---------	----------------	-------------------------------------	---------------------------------

**Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)**

48- Seq. Ref	49 - Grau Part. I	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional <b>06</b>	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO <b>999999</b>
--------------	-------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------	--------------------------------

56-Data de Realização de Procedimento em Série	57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--	--

58-Observação/Justificativa
-----------------------------

59-Total Procedimentos R\$ <b>47,31</b>	60-Total Taxas e Aluguéis R\$	61-Total Materiais R\$	62-Total de OPME R\$	63-Total Diárias R\$	64-Total Gases Medicinais R\$	65-Total Geral R\$ <b>47,31</b>
--	-------------------------------	------------------------	----------------------	----------------------	-------------------------------	------------------------------------

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização <b>05/08/2025</b>	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>05/08/2025</b>	68-Data e assinatura do Prestador Executante <b>05/08/2025 Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>
---	--	---



Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento

Hash SHA256 do PDF original 7b5810c8cf919ae81cf544153d11f84714879941a2d69b5d80ea005b9fa6ea3c

<https://valida.ae/7e9c7626bb2b8d653f351ec3e514bddb792623fb2f199b59c>

**Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar  
de Diagnóstico e Terapia SP/SADT**

2-Número

**20250805173538**

Nº Requisição 0200044139005

1-Registro ANS <b>005711</b>	3-Nº Guia Principal <b>358712896</b>	4-Data da Autorização <b>05/08/2025</b>	5-Senha	6-Data Validade Senha <b>05/08/2025</b>	7-Data de Emissão da Guia <b>05/08/2025</b>
---------------------------------	---	--	---------	--	--

**Dados do Beneficiário**

8-Número da Carteira <b>887361100019010</b>	9-Validade da Carteira <b></b>	10-Nome <b>FERNANDA BEATRIZ PEREIRA DE HOLANDA CAVALCANTI</b>	11-Nº Cartão Nacional de Saúde <b>N</b>	12-Atendimento a RN <b>N</b>
--	-----------------------------------	--	--	---------------------------------

**Dados do Contratado Solicitante**

13-Código na Operadora/CNPJ/CPF <b>PAULO CESAR MIRANDA COELHO</b>	14-Nome do Contratado <b>PAULO CESAR MIRANDA COELHO</b>
--	--

15-Nome do Profissional Solicitante <b>PAULO CESAR MIRANDA COELHO</b>	16-Conselho Profissional <b>06</b>	17-Número no Conselho <b>8280</b>	18-UF <b>53</b>	19-Código CBO <b>225250</b>	20-Assinatura do Profissional Solicitante
--	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------	--------------------------------	---

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

21-Caráter do Atendimento <b>E</b>	22-Data/Hora da Solicitação <b>05/08/2025</b>	23-Indicação Clínica <b></b>
---------------------------------------	--	---------------------------------

24-Tabela <b>22</b>	25-Código do Procedimento <b>40601293</b>	26-Descrição <b>PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR CAPTURA HÍBRIDA</b>	27-Qtd Solicitada <b>1</b>	28-Qtd Autorizada <b>1</b>
------------------------	--	---	-------------------------------	-------------------------------

**Dados do Contratado Executante**

29-Código na Operadora/ CNPJ/ CPF <b>0000263036</b>	30-Nome do Contratado <b>Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>	31-CNES <b>3744221</b>
--	---	---------------------------

**Dados do Atendimento**

32-Tipo do Atendimento <b>05</b>	33-Indicação de Acidente <b>9</b>	34-Tipo de Consulta <b>2</b>	35-Motivo de Encerramento do Atendimento <b></b>
-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---

**Procedimento e Exames Realizados**

36-Data <b>05/08/2025</b>	37-Hora Ini. <b></b>	38-Hora Final <b></b>	39-Tabela <b>22</b>	40-Código Proced. <b>40601293</b>	41-Descrição <b>PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR CAPTURA HÍBRIDA</b>	42-Qtd <b>1</b>	43-Via <b></b>	44-Tec. <b></b>	45-% Red/Acres <b></b>	46-Vlr.Unitário R\$ <b>405,13</b>	47-Vlr.TotalR\$ <b>405,13</b>
------------------------------	-------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------------------	---	--------------------	-------------------	--------------------	---------------------------	--------------------------------------	----------------------------------

**Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)**

48- Seq. Ref <b></b>	49 - Grau Part. I <b></b>	50-Código na Operadora/CPF <b></b>	51-Nome do Profissional <b></b>	52-Conselho Profissional <b>06</b>	53-Número no Conselho <b></b>	54-UF <b></b>	55-Código CBO <b>999999</b>
-------------------------	------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	------------------	--------------------------------

56-Data de Realização de Procedimento em Série <b></b>	57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b></b>
---	---

58-Observação/Justificativa <b></b>
--

59-Total Procedimentos R\$ <b>1.040,25</b>	60-Total Taxas e Aluguéis R\$ <b></b>	61-Total Materiais R\$ <b></b>	62-Total de OPME R\$ <b></b>	63-Total Diárias R\$ <b></b>	64-Total Gases Medicinais R\$ <b></b>	65-Total Geral R\$ <b>1.040,25</b>
---	--	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--	---------------------------------------

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização <b>05/08/2025</b>	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>Wm</b>	68-Data e assinatura do Prestador Executante <b>05/08/2025 Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>
---	--	---



**Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar  
de Diagnóstico e Terapia SP/SADT**

2-Número

**20250805173549**

Nº Requisição 0200044139005

1-Registro ANS <b>005711</b>	3-Nº Guia Principal <b>358712944</b>	4-Data da Autorização <b>05/08/2025</b>	5-Senha	6-Data Validade Senha	7-Data de Emissão da Guia <b>05/08/2025</b>
---------------------------------	---	--	---------	-----------------------	--

**Dados do Beneficiário**

8-Número da Carteira <b>887361100019010</b>	9-Validade da Carteira	10-Nome <b>FERNANDA BEATRIZ PEREIRA DE HOLANDA CAVALCANTI</b>	11-Nº Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN <b>N</b>
--	------------------------	--	--------------------------------	---------------------------------

**Dados do Contratado Solicitante**

13-Código na Operadora/CNPJ/CPF	14-Nome do Contratado <b>PAULO CESAR MIRANDA COELHO</b>	16-Conselho Profissional <b>06</b>	17-Número no Conselho <b>8280</b>	18-UF <b>53</b>	19-Código CBO <b>225250</b>	20-Assinatura do Profissional Solicitante
---------------------------------	--	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------	--------------------------------	---

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

21-Caráter do Atendimento <b>E</b>	22-Data/Hora da Solicitação <b>05/08/2025</b>	23-Indicação Clinica
24-Tabela <b>22</b>	25-Código do Procedimento <b>40601285</b>	26-Descrição <b>PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO</b>

**Dados do Contratado Executante**

29-Código na Operadora/ CNPJ/ CPF <b>0000263036</b>	30-Nome do Contratado <b>Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>	31-CNES <b>3744221</b>
--	---	---------------------------

**Dados do Atendimento**

32-Tipo do Atendimento <b>05</b>	33-Indicação de Acidente <b>9</b>	34-Tipo de Consulta	35-Motivo de Encerramento do Atendimento <b>2</b>
-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------	--

**Procedimento e Exames Realizados**

36-Data <b>05/08/2025</b>	37-Hora Ini.	38-Hora Final	39-Tabela <b>22</b>	40-Código Proced. <b>40601285</b>	41-Descrição <b>PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO</b>	42-Qtd <b>1</b>	43-Via	44-Tec.	45-% Red/Acres	46-Vlr.Unitário R\$ <b>635,12</b>	47-Vlr.TotalR\$ <b>635,12</b>
------------------------------	--------------	---------------	------------------------	--------------------------------------	---	--------------------	--------	---------	----------------	--------------------------------------	----------------------------------

**Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)**

48- Seq. Ref	49 - Grau Part. I	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional <b>06</b>	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO <b>999999</b>
--------------	-------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------	--------------------------------

56-Data de Realização de Procedimento em Série	57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--	--

58-Observação/Justificativa
-----------------------------

59-Total Procedimentos R\$ <b>1.040,25</b>	60-Total Taxas e Aluguéis R\$	61-Total Materiais R\$	62-Total de OPME R\$	63-Total Diárias R\$	64-Total Gases Medicinais R\$	65-Total Geral R\$ <b>1.040,25</b>
---	-------------------------------	------------------------	----------------------	----------------------	-------------------------------	---------------------------------------

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização <i>Intw</i> <b>05/08/2025</b>	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Intw</i> <b>05/08/2025</b>	68-Data e assinatura do Prestador Executante <b>05/08/2025 Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>
--	---	---



Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento

Hash SHA256 do PDF original 7b5810c8cf919ae81cf544153d11f84714879941a2d69b5d80ea005b9fa6ea3c

<https://valida.ae/7e9c7626bb2b8d653f351ec3e514bddb792623fb2f199b59c>

## Página de assinaturas

**Fernanda Cavalcanti**

001.587.621-77

Signatário

### HISTÓRICO

---

- 07 ago 2025 07:54:35  Gabriela Lopes criou este documento. ( Email: labsuportadm5@gmail.com )
- 07 ago 2025 08:08:03  Fernanda Beatriz Pereira De Holanda Cavalcanti (Celular: +5561992239532, CPF: 001.587.621-77) visualizou este documento por meio do IP 177.235.64.5 localizado em Brasília - Federal District - Brazil
- 07 ago 2025 08:10:30  Fernanda Beatriz Pereira De Holanda Cavalcanti (Celular: +5561992239532, CPF: 001.587.621-77) assinou este documento por meio do IP 177.235.64.5 localizado em Brasília - Federal District - Brazil



**Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar  
de Diagnóstico e Terapia SP/SADT**

**20250805173412**

2-Número  
Nº Requisição 0085066557002

1-Registro ANS <b>005711</b>	3-Nº Guia Principal <b>358712623</b>	4-Data da Autorização <b>05/08/2025</b>	5-Senha <b></b>	6-Data Válida Senha <b>05/08/2025</b>	7-Data de Emissão da Guia <b>05/08/2025</b>
---------------------------------	---	--	--------------------	--	--

<b>Dados do Beneficiário</b>	8-Número da Carteira <b>887361100019010</b>	9-Validade da Carteira <b></b>	10-Nome <b>FERNANDA BEATRIZ PEREIRA DE HOLANDA CAVALCANTI</b>	11-Nº Cartão Nacional de Saúde <b>N</b>	12-Atendimento a RN <b>N</b>
------------------------------	--	-----------------------------------	--	--	---------------------------------

<b>Dados do Contratado Solicitante</b>	13-Código na Operadora/CNPJ/CPF <b>PAULO CESAR MIRANDA COELHO</b>	14-Nome do Contratado <b>PAULO CESAR MIRANDA COELHO</b>	15-Nome do Profissional Solicitante <b>PAULO CESAR MIRANDA COELHO</b>	16-Conselho Profissional <b>06</b>	17-Número no Conselho <b>8280</b>	18-UF <b>53</b>	19-Código CBO <b>225250</b>	20-Assinatura do Profissional Solicitante <b></b>
--	--	--	--	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------	--------------------------------	--

<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>	21-Caráter do Atendimento <b>E - Eletrônico U - Urgêncial/Emergência</b>	22-Data/Hora da Solicitação <b>05/08/2025</b>	23-Indicação Clínica <b></b>	24-Tabela <b>22</b>	25-Código do Procedimento <b>40601323</b>	26-Descrição <b>PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO EM MEIO LÍQUIDO</b>	27-Qtd Solicitada <b>1</b>	28-Qtd Autorizada <b>1</b>
--	---	--	---------------------------------	------------------------	--	--	-------------------------------	-------------------------------

<b>Dados do Contratado Executante</b>	29-Código na Operadora/ CNPJ/ CPF <b>0000263036</b>	30-Nome do Contratado <b>Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>	31-CNES <b>3744221</b>
---------------------------------------	--	---	---------------------------

<b>Dados do Atendimento</b>	32-Tipo do Atendimento <b>05</b>	33-Indicação de Acidente <b>9</b>	34-Tipo de Consulta <b>2</b>	35-Motivo de Encerramento do Atendimento <b></b>
-----------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---

<b>Procedimento e Exames Realizados</b>	36-Data <b>05/08/2025</b>	37-Hora Iní. <b></b>	38-Hora Final <b></b>	39-Tábela <b>22</b>	40-Código Proced. <b>40601323</b>	41-Descrição <b>PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO EM MEIO LÍQUIDO</b>	42-Qtd <b>1</b>	43-Via <b></b>	44-Tec. <b></b>	45-% Red/Acres <b></b>	46-Vlr. Unitário R\$ <b>47,31</b>	47-Vlr. Total R\$ <b>47,31</b>
---	------------------------------	-------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------------------	--	--------------------	-------------------	--------------------	---------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>	48-Seq. Ref <b>49 - Grau Part. I</b>	50-Código na Operadora/CPF <b>94063974391</b>	51-Nome do Profissional <b>Aline Marques dos Santos</b>	52-Conselho Profissional <b>06</b>	53-Número no Conselho <b>15109</b>	54-UF <b>53</b>	55-Código CBO <b>225325</b>
---	---	--	--	---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------	--------------------------------

56-Data de Realização do Procedimento em Série <b></b>	57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b></b>
---	---

58-Observação/Justificativa <b></b>	60-Total Taxas e Aluguéis R\$ <b>47,31</b>	61-Total Materiais R\$ <b></b>	62-Total de OPME R\$ <b></b>	63-Total Diárias R\$ <b></b>	64-Total Gases Medicinais R\$ <b></b>	65-Total Geral R\$ <b>47,31</b>
--	---	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--	------------------------------------

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização <b>05/08/2025</b>	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>05/08/2025</b>	68-Data e assinatura do Prestador Executante <b>Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>
---	--	--

**Nome:** FERNANDA BEATRIZ PEREIRA DE HOLANDA CAVALCANTI  
**CPF:** 00158762177  
**Médico(s):** PAULO CESAR MIRANDA COELHO  
**Local:** DR PAULO MIRANDA  
**Convênio:** BRADESCO

**Nº Requisição:** 0085066557002  
**Data nasc.:** 03/05/1985 **Sexo:** Feminino  
**Data coleta:** 05/08/2025  
**Recebido em:** 05/08/2025  
**Liberado em:** 11/08/2025

## PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO COLPOCITOLÓGICO EM MEIO LÍQUIDO

### **MACROSCOPIA:**

**Colpocitologia:** Um frasco contendo 5 ml de líquido; escovinha no interior do frasco: sim. / Lâmina 1 - 6599911806015 Papanicolaou

### **MICROSCOPIA/ CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA:**

**Colpocitologia:**

**TIPO DE AMOSTRA:** Citologia em Meio Líquido.

**ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA:** Satisfatória.

**EPITÉLIOS REPRESENTATIVOS DA AMOSTRA:** Escamoso e glandular.

**DIAGNÓSTICO DESCritivo:** Células escamosas intermediárias e superficiais; parabasais escassas.

Células glandulares endocervicais.

Leucócitos moderados.

Alterações celulares de natureza inflamatória.

### **MICROBIOLOGIA**

Outros bacilos.

Cocos.

### **CONCLUSÃO**

NEGATIVO PARA LESÃO INTRAEPITELIAL OU MALIGNIDADE NESTA AMOSTRA:

Inflamação moderada.

*Aline Marques dos Santos*

**Drª. Aline Marques dos Santos**  
CRM-DF 15109 RQE:12803

Assinado digitalmente por ALINE MARQUES DOS SANTOS  
Hash: 1c4c42fb7c378fbefcfef2af22c08e  
Data: 11-08-2025 08:23:54 -03:00 Localização: Brasília - DF

Laudo em conformidade com o Sistema Bethesda para Relato de Citologia Cervical, 2014 -3ª Edição. A interpretação do resultado dos exames é um ato médico e pode depender da correlação com outros dados clínicos/de imagem e laboratoriais.