

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

**2-Número  
20250806165550**

Nº Requisição 0085666600005

1-Registro ANS <b>005711</b>	3-Nº Guia Principal <b>358953851</b>	4-Data da Autorização <b>06/08/2025</b>	5-Senha <b></b>	6-Data Válida Senha <b>06/08/2025</b>	7-Data de Emissão da Guia <b>06/08/2025</b>
---------------------------------	---	--	--------------------	--	--

<b>Dados do Beneficiário</b>	8-Número da Carteira <b>894361000019009</b>	9-Validade da Carteira <b></b>	10-Nome <b>ISABELLE CHRISTINE LOPES DA CRUZ DE CARVALHO</b>	11-Nº Cartão Nacional de Saúde <b>N</b>	12-Atendimento a RN <b></b>
------------------------------	--	-----------------------------------	--	--	--------------------------------

<b>Dados do Contratado Solicitante</b>	13-Código na Operadora/CNPJ/CPF <b>ANDRE BATISTA DE VASCONCELOS</b>	14-Nome do Contratado <b>ANDRE BATISTA DE VASCONCELOS</b>	15-Nome do Profissional Solicitante <b>ANDRE BATISTA DE VASCONCELOS</b>	16-Conselho Profissional <b>06</b>	17-Número no Conselho <b>9700</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>06/08/2025</b>	23-Indicação Clínica <b>PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO EM MEIO LÍQUIDO</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>06/08/2025</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>
---	---

59-Total Procedimentos R\$ <b>47,31</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>47,31</b>
--	--	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--	------------------------------------

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização <b>06/08/2025</b>	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>06/08/2025</b>	68-Data e assinatura do Prestador Executante <b>Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>
---	--	--

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

2-Número

**20250806165550**

Nº Requisição 0085066600005

1-Registro ANS <b>005711</b>	3-Nº Guia Principal <b>358953851</b>	4-Data da Autorização <b>06/08/2025</b>	5-Senha	6-Data Validade Senha	7-Data de Emissão da Guia <b>06/08/2025</b>
---------------------------------	---	--	---------	-----------------------	--

**Dados do Beneficiário**

8-Número da Carteira <b>894361000019009</b>	9-Validade da Carteira	10-Nome <b>ISABELLE CHRISTINE LOPES DA CRUZ DE CARVALHO</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>ANDRE BATISTA DE VASCONCELOS</b>	16-Conselho Profissional <b>06</b>	17-Número no Conselho <b>9700</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>	E - Eletriva U - Urgência/Emergência	22-Data/Hora da Solicitação <b>06/08/2025</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>06/08/2025</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>06/08/2025</b>	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>Isabelle C</b>	68-Data e assinatura do Prestador Executante <b>06/08/2025 Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>
---	--	---



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

2-Número

**20250806165910**

Nº Requisição 0200044168005

1-Registro ANS <b>005711</b>	3-Nº Guia Principal <b>358954724</b>	4-Data da Autorização <b>06/08/2025</b>	5-Senha	6-Data Validade Senha	7-Data de Emissão da Guia <b>06/08/2025</b>
---------------------------------	---	--	---------	-----------------------	--

**Dados do Beneficiário**

8-Número da Carteira <b>894361000019009</b>	9-Validade da Carteira	10-Nome <b>ISABELLE CHRISTINE LOPES DA CRUZ DE CARVALHO</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>ANDRE BATISTA DE VASCONCELOS</b>	16-Conselho Profissional <b>06</b>	17-Número no Conselho <b>9700</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>	E - Eletriva U - Urgência/Emergência	22-Data/Hora da Solicitação <b>06/08/2025</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>	27-Qtd Solicitada <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>06/08/2025</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>635,12</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>635,12</b>
---	-------------------------------	------------------------	----------------------	----------------------	-------------------------------	-------------------------------------

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização <b>06/08/2025</b>	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>06/08/2025</b>	68-Data e assinatura do Prestador Executante <b>06/08/2025 Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>
---	--	---



## Página de assinaturas

**Isabelle Carvalho**

137.538.827-47

Signatário

### HISTÓRICO

---

- 07 ago 2025 08:04:59  Gabriela Lopes criou este documento. ( Email: labsuportadm5@gmail.com )
- 07 ago 2025 08:05:14  Isabelle Christine Lopes da Cruz de Carvalho (Celular: +5561998802305, CPF: 137.538.827-47) visualizou este documento por meio do IP 177.174.221.159 localizado em Brasília - Federal District - Brazil
- 07 ago 2025 08:05:57  Isabelle Christine Lopes da Cruz de Carvalho (Celular: +5561998802305, CPF: 137.538.827-47) assinou este documento por meio do IP 177.174.221.159 localizado em Brasília - Federal District - Brazil



LAB



0200044168005

LAB



00850666600005

## REQUISITOS DE ENVIO

Nome:

Mãe:

CPF:

Convênio:

Local de Coleta

Ectocervix  Endocervix  Fundo de Saco  Vagina  Vulva  Anus  Boca  Outros

## Rotina Cito-histopatológica

 Citolgia Convencional Citolgia Hormonal Isolada Citolgia em Base Líquida Histopatologia Citolgia Geral Citolgia Anal

## Painel de Hibridização Molecular para HPV

Alto Risco  Baixo Risco  HPV 28 Tipos  HPV Quant 21

## Painel de Hibridização Molecular para Agentes Infecciosos

Clamídia / Gonococos / Mycoplasma genitalium / Trichomonas vaginalis

Clamídia / Gonococos / Mycoplasma genitalium / Mycoplasma hominis / Trichomonas vaginalis / Ureaplasma urealyticum / Ureaplasma parvum  Streptococcus agalactiae

Herpes I e II / Varicella-zoster virus / Cytomegalovirus / C. trachomatis LGV / T. pallidum / H. ducreyi

Candida albicans / dubliniensis / glabrata / krusei / lusitaniae / parapsilosis / tropicalis

Bactérias associadas à vaginose bacteriana 2 / Atopobium vaginae / Bacteroides fragilis / Gardnerella vaginalis / Lactobacillus spp / Megaspheera Tipo 1 / Mobiluncus spp

## Painel Molecular para Risco de Trombose 6 Mutações

Fator V de Leiden (R506Q) (H1299R) (Y1702C) Protrombina (G20210A) Mutação MTHFR (C677T) (A1298C)

## Indicação

Rotina Preventiva  Alteração Citológica Prévia  Controle Após Tratamento  Outros:

## Coloscopia

 Não realizada Sem alterações Achados menores Achados maiores

## Informes Clínicos

 UMI: Gestante TRH Monopausa ACO Cauterização DIU CAF Prurido Hysterectomy

## Dados Complementares

DATA:

01/8/20

Nº de frascos / Lâminas:



Paciente (Assinatura)

Autorizo realização dos procedimentos e envio da amostra para o Lab conforme termo na verso

Dr André Batista de Vasconcelos  
Ginecologista/Obstetria  
CRM/DF 9700  
Médico  
(Assinatura e Carimbo)

Décio F. Gorini

CRM DF 1768

Marco Aurélio da S. Peixoto

CRM DF 12918

Aline Marques dos Santos

CRM DF 15109

Thiago José Fernandes

CRM DF 17911

(61) 3245-3766 (61) 3245-4305 laboratoriolab.com.br lab@laboratoriolab.com.br

SHLS 716 - Centro Médico de Brasília, Bloco E - Salas 205/207 - CEP: 70390-700

**Nome:** ISABELLE CHRISTINE LOPES DA CRUZ DE CARVALHO  
**CPF:** 13753882747  
**Médico(s):** ANDRE BATISTA DE VASCONCELOS  
**Local:** ANJO MATERNO  
**Convênio:** BRADESCO

**Nº Requisição:** 0085066600005  
**Data nasc.:** 23/05/1991 **Sexo:** Feminino  
**Data coleta:** 01/08/2025  
**Recebido em:** 06/08/2025  
**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 - 6599911775014 Papanicolaou

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

**Colpocitologia:**

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

**ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA:** Satisfatória.

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

**DIAGNÓSTICO DESCritivo:** Células escamosas intermediárias em predomínio sobre as superficiais.

Células glandulares endocervicais.

Leucócitos moderados.

Alterações celulares de natureza inflamatória.

### **MICROBIOLOGIA**

*Lactobacillus sp.*

### **CONCLUSÃO**

NEGATIVO PARA LESÃO INTRAEPITELIAL OU MALIGNIDADE NESTA AMOSTRA:

Inflamação moderada.

*Aline Marques dos Santos*

**Dr<sup>a</sup>. Aline Marques dos Santos**  
CRM-DF 15109 RQE:12803

Assinado digitalmente por ALINE MARQUES DOS SANTOS  
Hash: 18a4a37778405c0ef754237cd07b7a8a  
Data: 11-08-2025 08:57:17 -03:00 Localização: Brasília - DF

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