

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

20250805155136

2-Número
Nº Requisição 0085066503009

1-Registro ANS 005711	3-Nº Guia Principal 358684403	4-Data da Autorização 05/08/2025	5-Senha 	6-Data Válida Senha 05/08/2025	7-Data de Emissão da Guia 05/08/2025
---------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------	--------------------	------------------------------------------	------------------------------------------------

8-Número da Carteira 881406600027000	9-Validade da Carteira REBECA COSTA LIMA OLIVEIRA	10-Nome LUCIANA SEGURADO CORTES	11-Nº Cartão Nacional de Saúde N	12-Atendimento a RN
------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	-------------------------------------------	--------------------------------------------	--------------------------------

13-Código na Operadora/CNPJ/CPF Dados do Beneficiário	14-Nome do Contratado LUCIANA SEGURADO CORTES	15-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA SEGURADO CORTES	16-Conselho Profissional 06	17-Número no Conselho 10421	18-UF 53	19-Código CBO 225250	20-Assinatura do Profissional Solicitante
-----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------	--------------------------------	------------------------------------------------------

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

29-Código na Operadora CNPJ/ CPF Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	30-Nome do Contratado Lab Laboratório de Patologia e Citolgia Aplicada	31-CNES 3744221
------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------

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

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

48-Seq. Ref 49 - Grau Part. I	49-Código na Operadora/CPF 94063974391	50-Nome do Profissional Aline Marques dos Santos	52-Conselho Profissional 06	53-Número no Conselho 15109	54-UF 53	55-Código CBO 225325
-----------------------------------------	--------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------	--------------------------------

56-Data de Realização do Procedimento em Série 	57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	58-Observação/Justificativa
-----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	----------------------------------------

59-Total Procedimentos R\$ 47,31	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\$ 47,31
--------------------------------------------	------------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------------------------------------	------------------------------------

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 05/08/2025	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 05/08/2025	68-Data e assinatura do Prestador Executante 05/08/2025	69-Lab Laboratório de Patologia e Citolgia Aplicada Lab Laboratório de Patologia e Citolgia Aplicada
---------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

LAB



0200044093000

LAB



0085068503009

REQUISIÇÃO DE EXAME

Rafa Costa Lima Oliveira

Nome:	Fone: 98445-4444
Mãe:	
CPF: 001281841-08	Data Nasc.: 22/03/84 Gênero:
Convênio:	Inscrição:

Local de Coleta Ectocérvice Endocérvice Fundo de Saco Vagina Vulva Ânus Boca Outros

Rotina Cito-histopatológica

Citolgia Convencional Citolgia em Base Líquida Citolgia Geral
 Citolgia Hormonal Isolada Histopatologia 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 vírus / Cytomegalovírus / 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 / Megaspheara 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: _____ TRH ACO DIU Prurido
 Gestante Menopausa Cauterização CAF Histerectomia

Dados ComplementaresDATA: *4/8/25*Nº de frascos / Lâminas: *1*

Paciente (Assinatura)

Autorizo realização dos procedimentos e envio da amostra para o Lab conforme termo no verso

Brauliana Securato Costa
Ginecologista e Obstétrica
CNH-DF 1042

Médico
(Assinatura e Carimbo)

Décio F. Gorini Marco Aurélio da S. Peixoto Aline Marques dos Santos Thiago José Fernandes
CRM DF 1768 CRM DF 12918 CRM DF 15109 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: REBECA COSTA LIMA OLIVEIRA
CPF: 00128184108
Médico(s): LUCIANA SEGURADO CORTES
Local: FEMINILE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA LTDA
Convênio: BRADESCO

Nº Requisição: 0085066503009
Data nasc.: 22/03/1984 **Sexo:** Feminino
Data coleta: 04/08/2025
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 - 6599911817011 Papanicolaou

MICROSCOPIA/ CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA:

Colpocitologia:

TIPO DE AMOSTRA: Citologia em Meio Líquido.

ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA: Satisfatória.

EPITÉLIOS REPRESENTATIVOS DA AMOSTRA: Escamoso.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO: Células escamosas intermediárias em predomínio sobre as superficiais.

Leucócitos esparsos/discretos.

Morfologia celular preservada.

MICROBIOLOGIA

Lactobacillus sp.

CONCLUSÃO

NEGATIVO PARA LESÃO INTRAEPITELIAL OU MALIGNIDADE NESTA AMOSTRA:

Dentro dos limites da normalidade.

Aline Marques dos Santos

Dr^a. Aline Marques dos Santos

CRM-DF 15109 RQE:12803

Assinado digitalmente por ALINE MARQUES DOS SANTOS
Hash: 6c716a88385ee839dd027db2417766a2
Data: 11-08-2025 09:19:32 -03:00 Localização: Brasília - DF

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