

**REQUISIÇÃO DE EXAME**

|           |                            |             |          |
|-----------|----------------------------|-------------|----------|
| Nome:     | <i>Andrea Helena Lempé</i> |             |          |
| Mãe:      | Fone: 98117-7024           |             |          |
| CPF:      | 34575375004                | Data Nasc.: | 23/07/55 |
| Convênio: | Gênero:                    |             |          |
|           | Inscrição:                 |             |          |

**Local de Coleta**

Ectocérvice  Endocérvice  Fundo de Saco  Vagina  Vulva  Ânus  Boca  Outros

**Rotina Cito-histopatológica**

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Citolgia Convencional     | <input checked="" type="checkbox"/> Citolgia em Base Líquida | <input type="checkbox"/> Citolgia Geral |
| <input type="checkbox"/> Citolgia Hormonal Isolada | <input type="checkbox"/> Histopatologia                      | <input type="checkbox"/> 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* / *luisitaniae* / *parapsilosis* / *tropicalis*  
 Bactérias associadas à vaginose bacteriana 2 / *Atopobium vaginae* / *Bacteroides fragilis* / *Gardnerella vaginalis* / *Lactobacillus spp* / *Megasphaera* 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 Prévias  Controle Após Tratamento  Outros:

**Coloscopia**

Não realizada  Sem alterações  Achados menores  Achados maiores

**Informes Clínicos**

|                                    |                                    |                                       |                              |  |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> UM: _____ | <input type="checkbox"/> TRH       | <input type="checkbox"/> ACO          | <input type="checkbox"/> DIU | <input type="checkbox"/> Prurido       |
| <input type="checkbox"/> Gestante  | <input type="checkbox"/> Menopausa | <input type="checkbox"/> Cauterização | <input type="checkbox"/> CAF | <input type="checkbox"/> Histerectomia |

**Dados Complementares**

DATA:

*11/08/25*

Nº de frascos / Lâminas:

*Assinatura do Segundo Cofre*  
*Assinatura e Carimbo*  
*Medico*  
*(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](http://laboratoriolab.com.br) [lab@laboratoriolab.com.br](mailto:lab@laboratoriolab.com.br)

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

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

2-Número

**20250910090640**

Nº Requisição 0085066504006

|                                 |   |  |         |                       |  |
|---------------------------------|---|--|---------|-----------------------|--|
| 1-Registro ANS<br><b>005711</b> | 3-Nº Guia Principal<br><b>376755606</b> | 4-Data da Autorização<br><b>10/09/2025</b> | 5-Senha | 6-Data Validade Senha | 7-Data de Emissão da Guia<br><b>05/08/2025</b> |
|---------------------------------|---|--|---------|-----------------------|--|

**Dados do Beneficiário**

|  |                        |                                       |                                |                                 |
|--|------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br><b>712644000035008</b> | 9-Validade da Carteira | 10-Nome<br><b>SANDRA HELENA SEMPE</b> | 11-Nº Cartão Nacional de Saúde | 12-Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|--|------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|

**Dados do Contratado Solicitante**

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

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

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

**Dados do Contratado Executante**

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

**Dados do Atendimento**

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

**Procedimento e Exames Realizados**

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

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

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

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

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

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

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

**Nome:** SANDRA HELENA SEMPE  
**CPF:** 34575375004  
**Médico(s):** LUCIANA SEGURADO CORTES  
**Local:** FEMINILE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA LTDA  
**Convênio:** BRADESCO

**Nº Requisição:** 0085066504006  
**Data nasc.:** 23/07/1955 **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 - 6599911791014 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 esparsos/discretos.

Alterações celulares de natureza inflamatória.

### **MICROBIOLOGIA**

Outros bacilos.

Cocos.

### **CONCLUSÃO**

NEGATIVO PARA LESÃO INTRAEPITELIAL OU MALIGNIDADE NESTA AMOSTRA:

Inflamação discreta.

*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: 6cedbb204e14d80629e4aa9e90297e43  
Data: 11-08-2025 09:21:15 -03:00 Localização: Brasília - DF