



Hospital Santa Luz

## 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: Z014 - EXAME GINECOLOGICO (GERAL) (DE ROTINA)

Diag. CID

Justificativa

### Exames / Procedimentos

#### Outros Exames / Procedimentos

Seq.	Cód TUSS	Exame / Proc	Quant.
1		COLPOCITOLOGIA EM MEIO LIQUIDO E PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO PARA CLAMIDIA, GONOCOCOS E HPV	1



0200044139005

FERNANDA BEATRIZ  
PEREIRA DE HOLANDA CAVAI  
18/08/2025



0085066557002

FERNANDA BEATRIZ  
PEREIRA DE HOLANDA CAVAI  
18/08/2025

M.D. Paulo C. M. Coelho  
Especialista em Ginecologia e Obstetrícia  
CRM-08.82807-ROR 8833

Dr. Paulo Cesar Miranda Coelho (CRM 8280)

CENTRAL DE AGENDAMENTO: (61) 3003-3230

		Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia SP/SADT	2-Número <b>20250805173412</b> 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>
---------------------------------	---	--	---------	-----------------------	--

<b>Dados do Beneficiário</b>					
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>	

<b>Dados do Contratado Solicitante</b>					
13-Código na Operadora/CNPJ/CPF	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>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>				
21-Caráter do Atendimento <b>E</b> E - Eletiva U - Urgência/Emergência	22-Data/Hora da Solicitação <b>05/08/2025</b>	23-Indicação Clínica		

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	35-Motivo de Encerramento do Atendimento <b>2</b>		

<b>Procedimento e Exames Realizados</b>											
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>

<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>							
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>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 <b>20250805173538</b> 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	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	10-Nome <b>FERNANDA BEATRIZ PEREIRA DE HOLANDA CAVALCANTI</b>	11-Nº Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN <b>N</b>

<b>Dados do Contratado Solicitante</b>	
13-Código na Operadora/CNPJ/CPF	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>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>		
21-Caráter do Atendimento <b>E</b> E - Eletiva U - Urgência/Emergência	22-Data/Hora da Solicitação <b>05/08/2025</b>	23-Indicação Clínica

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>
------------------------	--	---	-------------------------------	-------------------------------

<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	35-Motivo de Encerramento do Atendimento <b>2</b>

<b>Procedimento e Exames Realizados</b>											
36-Data <b>05/08/2025</b>	37-Hora Ini.	38-Hora Final	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	44-Tec.	45-% Red/Acres	46-Vlr.Unitário R\$ <b>405,13</b>	47-Vlr.TotalR\$ <b>405,13</b>

<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>							
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 <b>05/08/2025</b>		67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>[Assinatura]</i>		68-Data e assinatura do Prestador Executante <b>05/08/2025</b> <b>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 <b>20250805173549</b> 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>
---------------------------------	---	--	---------	-----------------------	--

<b>Dados do Beneficiário</b>					
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>	

<b>Dados do Contratado Solicitante</b>					
13-Código na Operadora/CNPJ/CPF	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>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>				
21-Caráter do Atendimento <b>E</b> E - Eletiva U - Urgência/Emergência	22-Data/Hora da Solicitação <b>05/08/2025</b>	23-Indicação Clínica		

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>	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	35-Motivo de Encerramento do Atendimento <b>2</b>

<b>Procedimento e Exames Realizados</b>											
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>

<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>							
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 <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>		



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<br>07:54:35 |    | <b>Gabriela Lopes</b> criou este documento. ( Email: labsuportadm5@gmail.com )  |
| 07 ago 2025<br>08:08:03 |  | <b>Fernanda Beatriz Pereira De Holanda Cavalcanti</b> (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<br>08:10:30 |  | <b>Fernanda Beatriz Pereira De Holanda Cavalcanti</b> (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										2-Número <b>20250805173412</b>	
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				10-Nome <b>FERNANDA BEATRIZ PEREIRA DE HOLANDA CAVALCANTI</b>				11-Nº Cartão Nacional de Saúde <b>N</b>			
8-Número da Carteira <b>8873611000190010</b>		9-Validade da Carteira									

Dados do Contratado Solicitante											
13-Código na Operadora/CNPJ/CPF				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>		E - Eletiva U - Urgência/Emergência		22-Data/Hora da Solicitação <b>05/08/2025</b>		23-Indicação Clínica					
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-CNIES <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\$		47-Vlr TotalR\$	
								<b>47,31</b>		<b>47,31</b>	

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
48- Seq. Ref		49 - Grau Part. I		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 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 Gases Medicinais R\$	
										64-Total Gases Medicinais R\$	
										65-Total Geral R\$	
										<b>47,31</b>	

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

**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

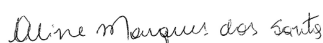
Outros bacilos.

Cocos.

### CONCLUSÃO

NEGATIVO PARA LESÃO INTRAEPITELIAL OU MALIGNIDADE NESTA AMOSTRA:

Inflamação moderada.



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

Assinado digitalmente por ALINE MARQUES DOS SANTOS  
Hash: 1c4c42fbb7c378fbcfcfe2af22cc8e  
Data: 11-08-2025 08:23:54 -03:00 Localização: Brasília - DF