

**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>

**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



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

**20250806165910**

2-Número  
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 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	10-Nome <b>ISABELLE CHRISTINE LOPES DA CRUZ DE CARVALHO</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>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>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	24-Tabela	25-Código do Procedimento	26-Descrição	27-Qtd Solicitada	28-Qtd Autorizada
				<b>22</b>	<b>40601285</b>	<b>PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO</b>	<b>1</b>	<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>Procedimento e Exames Realizados</b>	36-Data <b>06/08/2025</b>	37-Hora Iní. <b>05</b>	38-Hora Final <b>22</b>	39-Tábela <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 <b>1</b>	44-Tec. <b>1</b>	45-% Red/Acres <b>635,12</b>	46-Unitário R\$ <b>635,12</b>	47-Vlr.Total R\$ <b>635,12</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>06</b>	51-Nome do Profissional <b>06</b>	52-Conselho Profissional <b>06</b>	53-Número no Conselho <b>999999</b>	54-UF <b>999999</b>	55-Código CBO
---	---	---	--------------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------	---------------

56-Data de Realização do 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\$ <b>635,12</b>	61-Total Materiais R\$	62-Total de OPME R\$	63-Total Diárias R\$	64-Total Gases Medicinais R\$	65-Total Geral R\$
66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68-Data e assinatura do Prestador Executante	69-Data e Assinatura do Responsável	70-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	71-Data e Assinatura do Prestador Executante	72-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

<b>06/08/2025</b>	<b>Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>
-------------------	--

<b>LAB</b>  logia e 0200044168005	<b>LAB</b>  0085066600006
<b>REQUISITOS DE COLETA</b> Nome: <i>Isobelle Christine Kops da Cruz</i> Mâe: _____ Fone: _____ CPF: <i>23.05.91</i> Data Nasc.: <i>23/05/91</i> Gênero: _____ Convênio: <i>Broadmo</i> Inscrição: _____	
<b>Local de Coleta</b> _____ <input type="checkbox"/> Ecocervix <input type="checkbox"/> Endocervix <input type="checkbox"/> Fundo de Saco <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Outros	
<b>Rotina Cito-histopatológica</b> <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 checked="" type="checkbox"/> Histopatologia <input type="checkbox"/> Citolgia Anal	
<b>Painel de Hibridização Molecular para HPV</b> <input type="checkbox"/> Alta Risco <input type="checkbox"/> Baixo Risco <input checked="" type="checkbox"/> HPV 28 Tipos <input type="checkbox"/> HPV Quant 21	
<b>Painel de Hibridização Molecular para Agentes Infecciosos</b> <input type="checkbox"/> Clamidia / Gonococos / <i>Mycoplasma genitalium</i> / <i>Trichomonas vaginalis</i> <input type="checkbox"/> Clamidia / Gonococos / <i>Mycoplasma genitalium</i> / <i>Mycoplasma hominis</i> / <i>Trichomonas vaginalis</i> / <i>Ureaplasma urealyticum</i> / <i>Ureaplasma parvum</i> <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus agalactiae</i> <input type="checkbox"/> Herpes I e II / <i>Varicella zoster virus</i> / <i>Cytomegalovirus</i> / <i>C. trachomatis LGV</i> / <i>T. pallidum</i> / <i>H. ducreyi</i> <input type="checkbox"/> <i>Candida: albicans</i> / <i>dubliniensis</i> / <i>glabrata</i> / <i>krausei</i> / <i>lusitaniae</i> / <i>parapsilosis</i> / <i>tropicalis</i> <input type="checkbox"/> Bactérias associadas à vaginose bacteriana 2 / <i>Atopabulum vaginae</i> / <i>Bacteroides fragilis</i> / <i>Gardnerella vaginalis</i> / <i>Lactobacillus spp</i> / <i>Megasphaera</i> Tipo 1 / <i>Mobiluncus spp</i>	
<b>Painel Molecular para Risco de Trombose 6 Mutações</b> <input type="checkbox"/> Fator V de Leiden (R506Q) (H1299R) (Y1702C) Protrombina (G20210A) Mutação MTHFR (C677T) (A1298C)	
<b>Indicação</b> <input type="checkbox"/> Rotina Preventiva <input type="checkbox"/> Alteração Citológica Prévia <input type="checkbox"/> Controle Após Tratamento <input type="checkbox"/> Outros: _____	
<b>Colposcopia</b> <input type="checkbox"/> Não realizada <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Achados menores <input type="checkbox"/> Achados maiores	
<b>Informes Clínicos</b> <input type="checkbox"/> UMI: _____ <input type="checkbox"/> TRI: _____ <input type="checkbox"/> ACO: _____ <input type="checkbox"/> DIU: _____ <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Menopausa <input type="checkbox"/> Cauterização <input type="checkbox"/> CAF: _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Histerectomia	
<b>Dados Complementares</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">         DATA: <i>01/08/25</i>          Nº de frascos / Lâminas: _____          Paciente (Assinatura): <i>[Assinatura]</i>  <small>Autorizo realização dos procedimentos e envio da amostra para o Lab conforme termo no verso</small> </div> <div style="margin-left: 20px;">   <i>Dr André Batista de Vasconcelos</i>  <i>Ginecologia/Obstetrícia</i>  <i>CRM/DF 9700</i>  <i>Médico</i>  <i>(Assinatura e Carimbo)</i> </div>	
Décio F. Gorini CRM DF 1768 Marco Aurélio da S. Pelxoto 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** Data de Nascimento **23/05/1991 ( 34 anos )**

CPF: 13753882747 RG:  
 Médico Solicitante  
**ANDRE BATISTA DE VASCONCELOS**

Convênio Guia Referência  
**739 4168005** 274298

### GENOTIPAGEM HPV 28 TIPOS DE ALTO E BAIXO RISCO

[data da coleta : 11/08/2025] COLETA DE AMOSTRA NÃO REALIZADA PELO IPOG

MATERIAL : TGI

MÉTODO : PCR TEMPO REAL

#### A L T O   R I S C O

<b>HPV 16 : NEGATIVO</b>	<b>HPV 53 : NEGATIVO</b>
<b>HPV 18 : NEGATIVO</b>	<b>HPV 56 : NEGATIVO</b>
<b>HPV 26 : NEGATIVO</b>	<b>HPV 58 : NEGATIVO</b>
<b>HPV 31 : NEGATIVO</b>	<b>HPV 59 : NEGATIVO</b>
<b>HPV 33 : NEGATIVO</b>	<b>HPV 66 : NEGATIVO</b>
<b>HPV 35 : NEGATIVO</b>	<b>HPV 68 : NEGATIVO</b>
<b>HPV 39 : NEGATIVO</b>	<b>HPV 69 : NEGATIVO</b>
<b>HPV 45 : NEGATIVO</b>	<b>HPV 73 : NEGATIVO</b>
<b>HPV 51 : NEGATIVO</b>	<b>HPV 82 : NEGATIVO</b>
<b>HPV 52 : NEGATIVO</b>	

#### B A I X O   R I S C O

<b>HPV 06 : NEGATIVO</b>
<b>HPV 11 : NEGATIVO</b>
<b>HPV 40 : NEGATIVO</b>
<b>HPV 42 : NEGATIVO</b>
<b>HPV 43 : NEGATIVO</b>
<b>HPV 44 : NEGATIVO</b>
<b>HPV 54 : NEGATIVO</b>
<b>HPV 61 : NEGATIVO</b>
<b>HPV 70 : NEGATIVO</b>

DETECTADOS ALTO RISCO: -----

DETECTADO BAIXO RISCO: -----

VALOR DE REFERÊNCIA : NEGATIVO

#### NOTAS:

- Este exame é um ensaio qualitativo de reação de cadeia de polimerase em tempo real para detecção e genotipagem específica do HPV de alto risco 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 69, 73, 82 e genotipagem de HPV de baixo risco 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61 e 70.
- Resultado NEGATIVO indica ausência de DNA-HPV dos tipos virais pesquisados ou níveis abaixo da sensibilidade do teste na amostra.
- Resultado POSITIVO indica presença de DNA-HPV dos tipos virais pesquisados na amostra.
- Em virtude da biologia viral, a comparação entre os resultados de Genotipagem HPV, Citologia Oncótica e Anatomia Patológica é relevante em um intervalo de tempo inferior há 30 dias.
- Resultado INCONCLUSIVO representa falha na amplificação do controle interno, indicando falta de celularidade e/ou presença de inibidores da reação na amostra. Regiões coletadas de pele e tecido queratinizado ( pênis, vulva, períneo e ânus) possuem difícil descamação celular e podem apresentar resultados inconclusivos. Ficará a critério clínico a realização de uma nova coleta para reteste e confirmação de resultado.



Nome **ISABELLE CHRISTINE LOPES DA CRUZ DE CARVALHO** Data de Nascimento **23/05/1991 ( 34 anos )**

CPF: 13753882747 RG:

Médico Solicitante  
**ANDRE BATISTA DE VASCONCELOS**

Convênio **739** Guia **4168005** Referência **274298**

**ÚLTIMOS RESULTADOS**

HPV 06:	12/02/25	HPV 06: NEGATIVO	09/02/24	HPV 06: NEGATIVO
HPV 11:		HPV 11: NEGATIVO		HPV 11: NEGATIVO
HPV 16:		HPV 16: NEGATIVO		HPV 16: NEGATIVO
HPV 18:		HPV 18: NEGATIVO		HPV 18: NEGATIVO
HPV 26:		HPV 26: NEGATIVO		HPV 26: NEGATIVO
HPV 31:		HPV 31: NEGATIVO		HPV 31: NEGATIVO
HPV 33:		HPV 33: NEGATIVO		HPV 33: NEGATIVO
HPV 35:		HPV 35: NEGATIVO		HPV 35: NEGATIVO
HPV 39:		HPV 39: NEGATIVO		HPV 39: NEGATIVO
HPV 40:		HPV 40: NEGATIVO		HPV 40: NEGATIVO
HPV 42:		HPV 42: NEGATIVO		HPV 42: NEGATIVO
HPV 43:		HPV 43: NEGATIVO		HPV 43: NEGATIVO
HPV 44:		HPV 44: NEGATIVO		HPV 44: NEGATIVO
HPV 45:		HPV 45: NEGATIVO		HPV 45: NEGATIVO
HPV 51:		HPV 51: NEGATIVO		HPV 51: POSITIVO
HPV 52:		HPV 52: NEGATIVO		HPV 52: NEGATIVO
HPV 53:		HPV 53: NEGATIVO		HPV 53: NEGATIVO
HPV 54:		HPV 54: NEGATIVO		HPV 54: NEGATIVO
HPV 56:		HPV 56: NEGATIVO		HPV 56: NEGATIVO
HPV 58:		HPV 58: NEGATIVO		HPV 58: NEGATIVO
HPV 59:		HPV 59: NEGATIVO		HPV 59: NEGATIVO
HPV 61:		HPV 61: NEGATIVO		HPV 61: NEGATIVO
HPV 66:		HPV 66: NEGATIVO		HPV 66: NEGATIVO
HPV 68:		HPV 68: NEGATIVO		HPV 68: NEGATIVO
HPV 69:		HPV 69: NEGATIVO		HPV 69: NEGATIVO

Assinado em 13/08/2025 às 18:08

Coletado em 11/08/2025 às 08:00

Kiany Alves - CRBM-1: 42479

