



REQUISIÇÃO DE EXAME  
COLPOCITOLÓGICO

Nº Frasco \_\_\_\_\_

Nº Exame \_\_\_\_\_

**Dr<sup>a</sup> Fabiana Ribeiro do Vale**  
Médica Patologista | CRM MG 42.270 / SP 96.174

Nome completo \_\_\_\_\_ telefone \_\_\_\_\_

data nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Particular  Convênio \_\_\_\_\_ Envio  L  C

Ciclo menstrual \_\_\_\_ dias DUM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dia do Ciclo \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_ P \_\_\_\_ A \_\_\_\_

Em uso  Anovulatório  DIU  Hormônio  QT.  Rxt  Outros \_\_\_\_\_

Material  Vaginal  Ectocervical  Endocervical

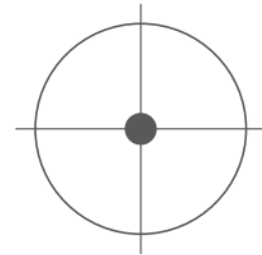
Teste de Schiller

Colposcopia

Informes Clínicos

Diagnóstico Clínico

Médico Requisitante



Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Critérios absolutos de rejeição da amostra: ausência do nome do paciente;  
ausência da data de nascimento; incompatibilidade entre o nome do paciente  
na requisição e no recipiente com material.

Rua Aparecida, 537 - Centro Guaxupé | MG  
diagguaxupe@veloxmail.com.br  
|35| 3551-6853