

Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia SP/SADT		2-Número 20250801112910
Nº Requisição 0200043983005		

1-Registro ANS 005711	3-Nº Guia Principal 357998585	4-Data da Autorização 01/08/2025	5-Senha	6-Data Validade Senha 01/08/2025	7-Data de Emissão da Guia 01/08/2025
---------------------------------	---	--	---------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Validade da Carteira 31/07/2025	10-Nome BRUNA MENDONCA ORTIZ	11-Nº Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN N
8-Número da Carteira 774731022195024					

Dados do Contratado Solicitante					
13-Código na Operadora/CNPJ/CPF		14-Nome do Contratado CAMILLA NOGUEIRA CAVALCANTE			

15-Nome do Profissional Solicitante CAMILLA NOGUEIRA CAVALCANTE		16-Conselho Profissional 06	17-Número no Conselho 32604	18-UF 53	19-Código CBO 225250	20-Assinatura do Profissional Solicitante	
---	--	---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------	--------------------------------	---	--

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados							
21-Caráter do Atendimento E E - Eletiva U - Urgência/Emergência		22-Data/Hora da Solicitação 01/08/2025		23-Indicação Clínica			
24-Tabela 22	25-Código do Procedimento 40601285	26-Descrição PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO			27-Qtd Solicitada 1	28-Qtd Autorizada	1

Dados do Contratado Executante		31-CNIES 3744221
29-Código na Operadora/ CNPJ/ CPF 0000263036		30-Nome do Contratado Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada

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

Procedimento e Exames Realizados											
36-Data	37-Hora Ini.	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código Proced.	41-Descrição	42-Qtd	43-Via	44-Tec.	45-% Red/Acres	46-Vlr. Unitário R\$	47-Vlr. TotalR\$
01/08/2025			22	40601285	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO	1				635,12	635,12

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	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
				06			999999

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

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

59-Total Procedimentos R\$	1.040,25	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\$	1.040,25
----------------------------	-----------------	-------------------------------	------------------------	----------------------	----------------------	-------------------------------	--------------------	-----------------

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68-Data e assinatura do Prestador Executante
		01/08/2025	01/08/2025 Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada

Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia SP/SADT		2-Número 20250801112918 Nº Requisição 0200043983005
---	--	--

1-Registro ANS 005711	3-Nº Guia Principal 357998619	4-Data da Autorização 01/08/2025	5-Senha	6-Data Validade Senha 01/08/2025	7-Data de Emissão da Guia
---------------------------------	---	--	---------	--	---------------------------

Dados do Beneficiário		9-Validade da Carteira 31/07/2025	10-Nome BRUNA MENDONCA ORTIZ	11-Nº Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN N
------------------------------	--	---	--	--------------------------------	---------------------------------

Dados do Contratado Solicitante		14-Nome do Contratado CAMILLA NOGUEIRA CAVALCANTE					
13-Código na Operadora/CNPJ/CPF CAMILLA NOGUEIRA CAVALCANTE		15-Nome do Profissional Solicitante CAMILLA NOGUEIRA CAVALCANTE	16-Conselho Profissional 06	17-Número no Conselho 32604	18-UF 53	19-Código CBO 225250	20-Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23-Indicação Clínica			
21-Caráter do Atendimento E E - Eletiva U - Urgência/Emergência		22-Data/Hora da Solicitação 01/08/2025			
24-Tabela 22	25-Código do Procedimento 40601293	26-Descrição PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR CAPTURA HÍBRIDA	27-Qtd Solicitada 1	28-Qtd Autorizada	1

Dados do Contratado Executante		31-CNES 3744221
29-Código na Operadora/ CNPJ/ CPF 0000263036		30-Nome do Contratado Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada

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

Procedimento e Exames Realizados											
36-Data	37-Hora Ini.	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código Proced.	41-Descrição	42-Qtd	43-Via	44-Tec.	45-% Red/Acres	46-Vlr Unitário R\$	47-Vlr. TotalR\$
01/08/2025			22	40601293	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR CAPTURA HÍBRIDA	1				405,13	405,13

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	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
				06			999999

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

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

59-Total Procedimentos R\$	1.040,25	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\$
							1.040,25

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68-Data e assinatura do Prestador Executante
		01/08/2025	01/08/2025 Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada

Nome **BRUNA MENDONCA ORTIZ** Data de Nascimento 21/04/2002 (23 anos)

CPF: 05135746110 RG:

Médico Solicitante	Convênio	Guia	Referência
CAMILLA NOGUEIRA CAVALCANTE	739	3983005	271439

PAINEL IST X (CT/NG/MGEN/TVAG)

[data da coleta : 06/08/2025] COLETA DE AMOSTRA NÃO REALIZADA PELO IPOG

MATERIAL : TGI
MÉTODO : PCR TEMPO REAL

RESULTADO : CHLAMYDIA TRACHOMATIS : NEGATIVO
NEISSERIA GONORRHOEA : NEGATIVO
MYCOPLASMA GENITALIUM : NEGATIVO
TRICHOMONAS VAGINALIS : NEGATIVO

VALOR DE REFERÊNCIA : NEGATIVO

NOTAS:

1. Este exame é um ensaio qualitativo de reação de cadeia de polimerase em tempo real para detecção de Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium, e Trichomonas vaginalis.
2. Resultado NEGATIVO indica ausência agentes pesquisados ou níveis abaixo da sensibilidade do teste na amostra pesquisada.
3. Resultado POSITIVO indica presença de um ou mais agentes pesquisados no ensaio.
4. Resultado INCONCLUSIVO representa falha na amplificação do controle interno, indicando falta de celularidade e/ou presença de inibidores da reação na amostra. Ficará a critério clínico a realização de uma nova coleta para reteste e confirmação de resultado.

Assinado em 08/08/2025 às 18:27

Coletado em 06/08/2025 às 14:57

Kiany Alves - CRBM-1: 42479



Nome **BRUNA MENDONCA ORTIZ** Data de Nascimento 21/04/2002 (23 anos)

CPF: 05135746110 RG:

Médico Solicitante Convênio Guia Referência
CAMILLA NOGUEIRA CAVALCANTE 739 3983005 271439

GENOTIPAGEM HPV 28 TIPOS DE ALTO E BAIXO RISCO

[data da coleta : 06/08/2025] COLETA DE AMOSTRA NÃO REALIZADA PELO IPOG

MATERIAL : TGI

MÉTODO : PCR TEMPO REAL

A L T O R I S C O

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

B A I X O R I S C O

HPV 06 : NEGATIVO
HPV 11 : NEGATIVO
HPV 40 : NEGATIVO
HPV 42 : NEGATIVO
HPV 43 : NEGATIVO
HPV 44 : NEGATIVO
HPV 54 : NEGATIVO
HPV 61 : NEGATIVO
HPV 70 : NEGATIVO

DETECTADOS ALTO RISCO: ---26-----

DETECTADO BAIXO RISCO: -----

VALOR DE REFERÊNCIA : NEGATIVO

NOTAS:

1. 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.
2. Resultado NEGATIVO indica ausência de DNA-HPV dos tipos virais pesquisados ou níveis abaixo da sensibilidade do teste na amostra.
3. Resultado POSITIVO indica presença de DNA-HPV dos tipos virais pesquisados na amostra.
4. 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.
5. 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.

Assinado em 11/08/2025 às 15:32

Coletado em 06/08/2025 às 14:57

Fernanda Dahrouge Chiarot - CRBM-1: 10628



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

2-Número

0200043983005

Nº Requisição 0200043983005

1-Registro ANS 42-715	3-Nº Guia Principal	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Data Validade Senha	7-Data de Emissão de Guia 01/08/2025
---------------------------------	---------------------	-----------------------	---------	-----------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 774731022195024	9-Validade da Carteira 31/07/2025	10-Nome BRUNA MENDONÇA ORTIZ	11-Nº Cartão Nacional de Saúde	12-Alimentação a RN N
--	---	--	--------------------------------	---------------------------------

Dados do Contratado Solicitante

13-Código na Operadora/CNPJ/CNP	14-Nome do Contratado CAMILLA NOGUEIRA CAVALCANTE	15-Nome do Profissional Solicitante CAMILLA NOGUEIRA CAVALCANTE	16-Conselho Profissional 06	17-Número no Conselho 31.604	18-UF 53	19-Código CBO 225250	20-Assinatura do Profissional Solicitante
---------------------------------	---	---	---------------------------------------	--	--------------------	--------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21- Caráter do Atendimento E - Eletiva U - Urgência/Emergência		22- Data/Hora da Solicitação 01/08/2025	23- Indicação Clínica		
24- Tabela 22	25- Código do Procedimento 40601293	26- Descrição PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR CAPTURA HÍBRIDA		27- Qtd Solicitada 1	28- Qtd Autorizada 1

Dados do Contratado Executante

29-Código na Operadora/CNPJ/CNP	30-Nome do Contratado Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada	31-CNES 3744221
---------------------------------	---	---------------------------

Dados do Atendimento

32-Tipo do Atendimento 05	33-Indicação de Acidente 9	34-Tipo da Consulta 5	35-Motivo de Encerramento do Atendimento
-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--

Procedimento e Exames Realizados

36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código Proced.	41-Descrição	42-Qtd	43-Via	44-Tec.	45-% Red./Atras	46-Vlr Unitário R\$	47-Vlr Total R\$
01/08/2025			22	40601293	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR CAPTURA HÍBRIDA	1				405,13	405,13

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

48-Seq. Ref	49-Grau Part. I	50-Código na Operadora/CNPJ	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional 06	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO 999999
-------------	-----------------	-----------------------------	-------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------	--------------------------------

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

58-Observação/Justificativa

59-Total Procedimentos R\$ 1.040,25	60-Total Taxas e Aluguéis R\$	61-Total Materiais R\$	62-Total de OPME R\$	63-Total Diárias R\$	64-Total Gastos Medicinais R\$	65-Total Geral R\$ 1.040,25
---	-------------------------------	------------------------	----------------------	----------------------	--------------------------------	---------------------------------------

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 01/08/2025	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68-Data e Assinatura do Prestador Executante 01/08/2025 Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada
---	---	---