

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

20250804175210

2-Número
Nº Requisição 0200044059006

1-Registro ANS 005711	3-Nº Guia Principal 358463671	4-Data da Autorização 04/08/2025	5-Senha 	6-Data Válida Senha 04/08/2025	7-Data de Emissão da Guia 04/08/2025
---------------------------------	---	--	--------------------	--	--

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 774649066818003	9-Validade da Carteira	10-Nome FRANCISCA SIMONE DE OLIVEIRA	11-Nº Cartão Nacional de Saúde N	12-Atendimento a RN
------------------------------	--	------------------------	--	--	---------------------

Dados do Contratado Solicitante	13-Código na Operadora/CNPJ/CPF CARMEN REGINA FIGUEIREDO	14-Nome do Contratado CARMEN REGINA FIGUEIREDO	15-Nome do Profissional Solicitante CARMEN REGINA FIGUEIREDO	16-Conselho Profissional 06	17-Número no Conselho 5487	18-UF 53	19-Código CBO 225250	20-Assinatura do Profissional Solicitante
--	--	--	--	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------	--------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21-Caráter do Atendimento E - Eletrônico U - Urgêncial/Emergência	22-Data/Hora da Solicitação 04/08/2025	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	29-Código na Operadora/ CNPJ/ CPF 0000263036	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 de Consulta 2	35-Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--

Procedimento e Exames Realizados	36-Data 04/08/2025	37-Hora Iní. 05	38-Hora Final 22	39-Tábela 22	40-Código Proced. 40601285	41-Descrição PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO	42-Qtd 1	43-Via 	44-Tec. 	45-% Red/Acres 	46-Vlr. Unitário R\$ 635,12	47-Vlr. Total R\$ 635,12
---	------------------------------	---------------------------	----------------------------	------------------------	--------------------------------------	---	--------------------	-------------------	--------------------	---------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48-Seq. Ref 49 - Grau Part. I	50-Código na Operadora/CPF 06	51-Nome do Profissional 06	52-Conselho Profissional 06	53-Número no Conselho 999999	54-UF 999999	55-Código CBO 635,12
---	---	---	--------------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------	--------------------------------

56-Data de Realização do Procedimento em Série	57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	58-Observação/Justificativa
--	---	--

59-Total Procedimentos R\$ 635,12	60-Total Taxas e Aluguéis R\$ 635,12	61-Total Materiais R\$ 635,12	62-Total de OPME R\$ 635,12	63-Total Diárias R\$ 635,12	64-Total Gases Medicinais R\$ 635,12	65-Total Geral R\$ 635,12
---	--	---	---------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------------------

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 04/08/2025	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 04/08/2025	68-Data e assinatura do Prestador Executante 04/08/2025	69-Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada
---	--	---	--

LAB



0200044059006

LAB



0085066461002

Nome: Fábiovista S. de Oliveira

Mãe: _____ Fone: _____

CPF: _____ Data Nasc: / / Gênero: _____

Convênio: _____ 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 Molecular para HPV _____

Alto Risco Baixo Risco HPV 28 Tipos HPV Quant 21 Tipos

Painel 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 vírus* / *Cytomegalovírus* / *C. trachomatis* LGV / *T. pallidum* / *H. ducreyi*
 Candida: *albicans* / *dubliniensis* / *glabrata* / *kruusei* / *luisitaniae* / *parapsilosis* / *tropicalis*
 Bactérias associadas à vaginose bacteriana 2 / *Atopobium vaginalae* / *Bacteroides fragilis* / *Gardnerella vaginalis* / *Lactobacillus spp* / *Megasphaera* Tipo 1 / *Mobiluncus spp*
 Microbioma Vaginal: *Lactobacillus spp* / *Gardnerella vaginalis* / *Prevotella bivia* / *Porphyromonas spp* /
Candida spp / *Ureaplasma spp* / *Mycoplasma hominis* / *Mycoplasma genitalium* / *Trichomonas vaginalis* / *Nelsseria gonorrhoeae* / *Chlamydia trachomatis* / *Herpes I e II* / *Cytomegalovírus*

Culturas _____

Cultura Seletiva para *Streptococcus Agalactiae* grupo B Cultura Bacteriológica

Cultura para *Candidas* Urocultura Antibiotograma Antifungograma

Microscopia _____

Bacterioscopia

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 Prévia Controle Após Tratamento Outros: _____

Coloscopia _____

Não realizada Sem alterações Achados maiores Achados menores

Informes Clínicos _____

PUM: 1070 THR ACO DIU Prurido
 Gestante Menopausa Cauterização CAF Histerectomia

Dados Complementares _____

- Isso é só -

Data: 10/05 Nº de frascos/Lâminas: _____

Dra. Carmen R. Figueiredo
CRM-DF 5487

Paciente (Assinatura)

Autorizo realização dos procedimentos e envio da amostra para o Lab conforme termo no verso

Décio Fausto Gorini Lianna Martha Soares Mendes Aline Marques dos Santos Thiago José Fernandes
CRM DF 1768 RQE 925 CRM DF 12628 RQE 23601 CRM DF 1768 RQE 12803 CRM DF 1768 RQE 9729

(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 **FRANCISCA SIMONE DE OLIVEIRA** Data de Nascimento **06/10/1989 (35 anos)**

CPF: 02474054189 RG:

Médico Solicitante
CARMEN REGINA FIGUEIREDO

Convênio
739 Guia
4059006

Referência
273462

GENOTIPAGEM HPV 28 TIPOS DE ALTO E BAIXO RISCO

[data da coleta : 07/08/2025] COLETA DE AMOSTRA NÃO REALIZADA PELO IPOG

MATERIAL : ECTO/ENDO/VAGINA

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 : NEGATIVO	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: -----

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.

Assinado em 12/08/2025 às 16:22

Coletado em 07/08/2025 às 16:16

Julianne Cunha - CRBM-1: 25722

