

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

2-Número

**20250805074034**

Nº Requisição 0085066491009

1-Registro ANS <b>005711</b>	3-Nº Guia Principal <b>358504337</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**

8-Número da Carteira <b>898092400027013</b>	9-Validade da Carteira	10-Nome <b>ANELIZE FORTES FERNANDES TAKANO</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>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>	22-Data/Hora da Solicitação <b>05/08/2025</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>	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-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>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>
------------------------------	--------------	---------------	------------------------	--------------------------------------	--	--------------------	--------	---------	----------------	-------------------------------------	---------------------------------

**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>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>05/08/2025 Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>
---	--	---



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

2-Número

**20250805074134**

Nº Requisição 0200044080000

1-Registro ANS <b>005711</b>	3-Nº Guia Principal <b>358504629</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**

8-Número da Carteira <b>898092400027013</b>	9-Validade da Carteira	10-Nome <b>ANELIZE FORTES FERNANDES TAKANO</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>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>	22-Data/Hora da Solicitação <b>05/08/2025</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>	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-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>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>

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



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

2-Número

**20250805074145**

Nº Requisição 0200044080000

1-Registro ANS <b>005711</b>	3-Nº Guia Principal <b>358504692</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**

8-Número da Carteira <b>898092400027013</b>	9-Validade da Carteira	10-Nome <b>ANELIZE FORTES FERNANDES TAKANO</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>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>	22-Data/Hora da Solicitação <b>05/08/2025</b>	23-Indicação Clinica		
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>

**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>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>
------------------------------	--------------	---------------	------------------------	--------------------------------------	---	--------------------	--------	---------	----------------	--------------------------------------	----------------------------------

**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>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>ANELIZE FORTES FERNANDES TAKANO</b>	68-Data e assinatura do Prestador Executante <b>05/08/2025 Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>
---	---	---



## Página de assinaturas



**Anelize Takano**

015.152.791-11

Signatário

### HISTÓRICO

- 05 ago 2025 10:14:47  Gabriela Lopes criou este documento. ( Email: labsuportadm5@gmail.com )
- 05 ago 2025 10:15:13  Anelize Fortes Fernandes Takano (Celular: +5561981881515, CPF: 015.152.791-11) visualizou este documento por meio do IP 177.51.62.45 localizado em Brasília - Federal District - Brazil
- 05 ago 2025 10:16:21  Anelize Fortes Fernandes Takano (Celular: +5561981881515, CPF: 015.152.791-11) assinou este documento por meio do IP 177.51.62.45 localizado em Brasília - Federal District - Brazil



Nome		Data de Nascimento
<b>ANELIZE FORTES FERNANDES TAKANO</b>		19/05/1987 ( 38 anos )
CPF:	01515279111	RG:
Médico Solicitante	Convênio	Referência
PAULO CESAR MIRANDA COELHO	739 4080000	274008

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

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

MATERIAL : TGI

MÉTODO : PCR TEMPO REAL

**RESULTADO :**

<b>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</b>	:	<b>NEGATIVO</b>
<b>NEISSERIA GONORRHOEAE</b>	:	<b>NEGATIVO</b>
<b>MYCOPLASMA GENITALIUM</b>	:	<b>NEGATIVO</b>
<b>TRICHOMONAS VAGINALIS</b>	:	<b>NEGATIVO</b>

VALOR DE REFERÊNCIA : NEGATIVO

## NOTAS:

- 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.
- Resultado NEGATIVO indica ausência agentes pesquisados ou níveis abaixo da sensibilidade do teste na amostra pesquisada.
- Resultado POSITIVO indica presença de um ou mais agentes pesquisados no ensaio.
- 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 18:23
Coletado em 07/08/2025 às 10:25
Kiany Alves - CRBM-1: 42479


Nome		Data de Nascimento
<b>ANELIZE FORTES FERNANDES TAKANO</b>		19/05/1987 ( 38 anos )
CPF:	01515279111	RG:
Médico Solicitante	Convênio	Referência
PAULO CESAR MIRANDA COELHO	739 4080000	274008

### GENOTIPAGEM PARA HPV BAIXO E ALTO RISCO

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

**MATERIAL :** TGI

**MÉTODO:** PCR TEMPO REAL

#### BAIXO RISCO

HPV TIPO 6	NEGATIVO
HPV TIPO 11	NEGATIVO
HPV TIPO 42	NEGATIVO
HPV TIPOS 40 E 44	NEGATIVO

#### ALTO RISCO

HPV TIPO 16	NEGATIVO
HPV TIPO 18	NEGATIVO
HPV TIPO 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 e 68	NEGATIVO

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 HPV 16 e HPV 18, genotipagem em conjunto dos tipos do HPV de alto risco 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 e 68, genotipagem específica do HPV de baixo risco HPV 06 , 11 e 42 e genotipagem em conjunto dos tipos do HPV de baixo risco 40 e 44.
- 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 11/08/2025 às 16:09

Coletado em 07/08/2025 às 10:25

Kiany Alves - CRBM-1: 42479

