



CLAF
Clínica da Família

INGRID LOYANNE FERREIRA DA SILVA

SOLICITO

CID Z01.4

LAB



0085066235009

INGRID LOYANNE FERREIRA

COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA EM MEIO LÍQUIDO COM CAPTURA HÍBRIDA DE HPV

DRA. AMANDA CRISTINA B. RIBEIRO
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
CRM-DF: 28.687 / RQE 24.795

Dra Amanda Cristina B. Ribeiro
Médica
CRM-DF 28.687 / RQE 24.795

LAB



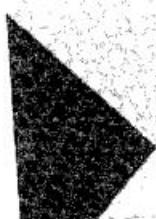
0200043879001

INGRID LOYANNE FERREIRA

61 3345.7679 | 61 3245.1455 | www.clinicacfaf.com.br

Centro Clínico Sul - SHLS 716, Torre 1, Sala 06 e 08, Asa Sul, Brasília-DF

@clinicacfaf @clinicacfaf contato@clinicacfaf.com.br



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

2-Número
20250730164751

Nº Requisição 0200043879001

1-Registro ANS 005711	3-Nº Guia Principal 357610482	4-Data da Autorização 30/07/2025	5-Senha	6-Data Válida Senha	7-Data da Emissão da Guia 30/07/2025
---------------------------------	---	--	---------	---------------------	--

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 884491000019003	9-Validade da Carteira	10-Nome INGRID LOYANNE FERREIRA DA SILVA	11-Nº Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN N
------------------------------	--	------------------------	--	--------------------------------	---------------------------------

Dados do Contratado Solicitante	13-Código na Operadora/CNPJ/CPF AMANDA CRISTINA BARBOSA RIBEIRO	14-Nome do Contratado AMANDA CRISTINA BARBOSA RIBEIRO	15-Nome do Profissional Solicitante AMANDA CRISTINA BARBOSA RIBEIRO	16-Conselho Profissional 06	17-Número no Conselho 28687	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 30/07/2025	23-Indicação Clínica	24-Tabela	25-Código do Procedimento	26-Descrição	27-Qtd Solicitada	28-Qtd Autorizada
--	---	--	----------------------	-----------	---------------------------	--------------	-------------------	-------------------

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 30/07/2025	37-Hora Iní. 05	38-Hora Final 22	39-Tabela 22	40-Código Proced. 40601285	41-Descrição PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO	42-Qtd 1	43-Via 1	44-Tec. 1	45-% Red/Acres 635,12	46-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
---	---	---	--------------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------	---------------

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 Alugueis R\$ 635,12	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 30/07/2025	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 30/07/2025	68-Data e assinatura do Prestador Executante 30/07/2025	69-Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada
---	--	---	--

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

Nº Requisição 0200043879001
20250730164751