

Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia SP/SADT		2-Número <b>20250804120136</b> Nº Requisição 0200043926002
---	--	--

1-Registro ANS <b>005711</b>	3-Nº Guia Principal <b>358358738</b>	4-Data da Autorização <b>04/08/2025</b>	5-Senha	6-Data Validade Senha <b>31/07/2025</b>	7-Data de Emissão da Guia
---------------------------------	---	--	---------	--	---------------------------

Dados do Beneficiário		10-Nome <b>NATHALIA SENNA ENDRES</b>	11-Nº Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN <b>N</b>
8-Número da Carteira <b>880821100019027</b>				

Dados do Contratado Solicitante		14-Nome do Contratado <b>NATALIA IVET ZAVATTIERO TIERNO</b>				
13-Código na Operadora/CNPJ/CPF						
15-Nome do Profissional Solicitante <b>NATALIA IVET ZAVATTIERO TIERNO</b>		16-Conselho Profissional <b>06</b>	17-Número no Conselho <b>12178</b>	18-UF <b>53</b>	19-Código CBO <b>999999</b>	20-Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21-Caráter do Atendimento <b>E</b> E - Eletiva U - Urgência/Emergência					
22-Data/Hora da Solicitação <b>31/07/2025</b>					
23-Indicação Clínica					
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		31-CNES <b>3744221</b>
29-Código na Operadora/ CNPJ/ CPF <b>0000263036</b>		30-Nome do Contratado <b>Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</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	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\$
31/07/2025			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
				<b>06</b>			<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>635,12</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>635,12</b>
66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68-Data e assinatura do Prestador Executante					
		<b>31/07/2025</b>	<b>31/07/2025</b>		<b>Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>			

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT**

12345678901234567890

VERHUM  
LAGO SUL

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5-Santa

6 - Data de Validade da Santa

7 - Número da Guia Arquivado pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a R

Dados do Beneficiário

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24-Tabela

25- Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27-Qtde. Solic.

28-Qtde. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados de Atendimento

32-Tipo do Atendimento

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Caixa

37-Hora Inicial

38-Hora Final

39-Tabela

40-Código do Procedimento

41-Descrição

42 - Qtde.

43-Mts

44-Tec.

45 - Fator Red./Acrec.

46-Valor Unitário (R\$)

47-Valor Total (R\$)

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

48-Seq./Ref. 49-Gran. Part. 50-Código na Operadora/CNPJ

51-Nome do Profissional

52-Conselho 53-Número no Conselho

54-UF

55-Código CBO

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

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPMs (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Casos Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
						386

**Padrão TISS - Componente de Conteúdo e Estrutura - Dezembro/2017**

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



0200043926002

NATHALIA SENNA ENDRES

13/08/2025



0085066292002

NATHALIA SENNA ENDRES

08/08/2025

Nome: Nathalia Senna Endres  
Mãe: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: 25/07/02 Gênero: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_ Inscrição: \_\_\_\_\_

**Local de Coleta**

☒ Fimocervice ☐ Endocervice ☐ Fundo de Saco ☐ Vagina ☐ Vulva ☐ Ânus ☐ Boca ☐ Outros

**Rotina Cito-histopatológica**

☐ Citologia Convencional ☒ Citologia em Base Líquida ☐ Citologia Geral  
☐ Citologia Hormonal Isolada ☐ Histopatologia ☐ Citologia Anal

**Painel de Hibridização Molecular para HPV**

☐ Alto Risco ☐ Baixo Risco ☐ HPV 28 Tipos ☐ HPV Quant 21

**Painel de Hibridização 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 virus / Cytomegalovirus / C. trachomatis LGV / T. pallidum / H. ducreyi

☐ Candida: albicans / dubliniensis / glabrata / krusei / lusitanae / parapsilosis / tropicalis

☐ Bactérias associadas à vaginose bacteriana 2 / Atopobium vaginae / Bacteroides fragilis / Gardnerella vaginalis / Lactobacillus spp / Megasphaera Tipo 1 / Mobiluncus spp

**Painel Molecular para Risco de Trombose 6 Mutações**

☐ Fator V de Leiden (R506Q) (H1299R) (Y1702C) Prolomina (G20210A) Mutação MTHFR (C677T) (A1298C)

**Indicação**

☒ Rotina Preventiva ☐ Alteração Citológica Prévia ☐ Controle Após Tratamento ☐ Outros: \_\_\_\_\_

**Colposcopia**

☒ Não realizada ☐ Sem alterações ☐ Achados menores ☐ Achados maiores

**Informes Clínicos**

☐ U.M.: ☐ TRH ☐ ACO ☒ DIU ☐ Prurido  
☐ Gestante ☐ Menopausa ☐ Cauterização ☐ CAF ☐ Histerectomia

**Dados Complementares**

Kyluma **VERHUM LAGO SUL** *Dra. Nathalia L. Zavatiero Tierno*  
DATA: 19/7/25 Nº de frascos / Lâminas: \_\_\_\_\_  
Médico  
(Assinatura e Carimbo)

**Paciente (Assinatura)**

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

Décio F. Gorini  
CRM DF 1768Marco Aurélio de S. Peixoto  
CRM DF 12918Aline Marques dos Santos  
CRM DF 15109Thiago José Fernandes  
CRM DF 17911

(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 **NATHALIA SENNA ENDRES** Data de Nascimento 25/07/2001 ( 24 anos )

CPF: 07045400101 RG:

Médico Solicitante	Convênio	Guia	Referência
NATALIA IVET ZAVATTIERO TIerno	739	3926002	273987

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

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

MATERIAL : ENDO/ECTOCERVICAL

MÉTODO : PCR TEMPO REAL

**RESULTADO : CHLAMYDIA TRACHOMATIS : NEGATIVO**  
**NEISSERIA GONORRHOEAE : 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 18:21

Coletado em 07/08/2025 às 10:25

Kiany Alves - CRBM-1: 42479

