

**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 357998385	4-Data da Autorização 01/08/2025	5-Senha	6-Data Válida Senha 01/08/2025	7-Data de Emissão da Guia 01/08/2025
---------------------------------	---	--	---------	--	--

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

Dados do Contratado Solicitante	13-Código na Operadora/CNPJ/CPF CAMILLA NOGUEIRA CAVALCANTE	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 - Eletrônico U - Urgêncial/Emergência	22-Data/Hora da Solicitação 01/08/2025	23-Indicação Clínica PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO	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 01/08/2025	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 1	44-Tec. 1	45-% Red/Acres 635,12	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 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\$ 1.040,25	61-Total Materiais R\$ 1.040,25	62-Total de OPME R\$ 1.040,25	63-Total Diárias R\$ 1.040,25	64-Total Gases Medicinais R\$ 1.040,25	65-Total Geral R\$ 1.040,25
-----------------------------	---	--	---	---	---	--	---------------------------------------

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 01/08/2025	68-Data e assinatura do Prestador Executante 01/08/2025	69-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 Válida Senha 01/08/2025	7-Data de Emissão da Guia 01/08/2025
---------------------------------	---	--	---------	--	--

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

Dados do Contratado Solicitante	13-Código na Operadora/CNPJ/CPF CAMILLA NOGUEIRA CAVALCANTE	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 - Eletrônico U - Urgêncial/Emergência	22-Data/Hora da Solicitação 01/08/2025	23-Indicação Clínica PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR CAPTURA HÍBRIDA	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/ 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 01/08/2025	37-Hora Iní. 05	38-Hora Final 22	39-Tábela 22	40-Código Proced. 40601293	41-Descrição PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR CAPTURA HÍBRIDA	42-Qtd 1	43-Via 1	44-Tec. 1	45-% Red/Acres 405,13	46-Vlr. Unitário R\$ 405,13	47-Vlr. Total R\$ 405,13
---	------------------------------	---------------------------	----------------------------	------------------------	--------------------------------------	---	--------------------	--------------------	---------------------	---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

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 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\$ 1.040,25	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	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 01/08/2025	68-Data e assinatura do Prestador Executante 01/08/2025	Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada
--	--	---	--

69-Observação/Justificativa	70-Total Procedimentos R\$ 1.040,25	71-Total Taxas e Aluguéis R\$ 1.040,25	72-Total Materiais R\$	73-Total de OPME R\$	74-Total Diárias R\$	75-Total Gases Medicinais R\$	76-Total Geral R\$
-----------------------------	---	--	------------------------	----------------------	----------------------	-------------------------------	--------------------

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

CPF: 05135746110 RG:

Médico Solicitante
CAMILLA NOGUEIRA CAVALCANTE

Convênio	Guia	Referência
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 GONORRHOEAE : NEGATIVO
MYCOPLASMA GENITALIUM : NEGATIVO
TRICHOMONAS VAGINALIS : NEGATIVO

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 18:27

Coletado em 06/08/2025 às 14:57

Kiany Alves - CRBM-1: 42479




Nome		Data de Nascimento
BRUNA MENDONCA ORTIZ		21/04/2002 (23 anos)
CPF:	05135746110	RG:
Médico Solicitante		Convênio
CAMILLA NOGUEIRA CAVALCANTE	739	Guia
		Referência
		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:

- 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 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-Rgistro ANS 42-715	3-Nº Guia Principal	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Data Validação Senha	7-Data de Emissão do Guia 01/08/2025								
Dados do Beneficiário		8-Validade da Carteira 31/07/2025	10-Nome BRUNA MENDONÇA ORTIZ	11-Nº Cartão Nacional de Saúde	12-Agendamento a RN N								
Dados do Contratado Solicitante		13-Código na Operadora/CNPJ/CPF CAMILLA NOGUEIRA CAVALCANTE	14-Nome do Contratado 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-Cânter do Atendimento E - Eletiva U - Urgência/Emergência	22-Data/Hora de 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/CPF 0000263036	30-Nome do Contratado Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada	31-CNPJ 3744221									
Dados do Atendimento		32-Tipo do Atendimento 05	33-Indicação de Acidente 9	34-Tipo de Consulta 5	35-Motivo de Encerramento do Atendimento								
Procedimento e Exames Realizados		36-Data 01/08/2025	37-Hora Iní. 22	38-Hora Final 22	39-Tabela 40601293	40-Código Proced. PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR CAPTURA HÍBRIDA	41-Descrição 	42-Qtd 1	43-Via 	44-Tec. 	45-% Red/Varas 	46-Mr.Unidario R\$ 405,13	47-Vlr.Total R\$ 405,13
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48-Reu. Ref 	49-Grau Prof. I	50-Código na Operadora/CNPJ 	51-Nome do Profissional 	52-Conselho Profissional 06	53-Número no Conselho 999999	54-UF 	55-Código CBO 				
56-Cânter 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 Alucnábulos R\$ 	61-Total Materiais R\$ 	62-Total de OPMs 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 01/08/2025 X			68-Data e Assinatura do Prestador Executante 01/08/2025 Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada								