

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

**20250730171116**

2-Número  
Nº Requisição 0200043881004

1-Registro ANS <b>005711</b>	3-Nº Guia Principal <b>357617012</b>	4-Data da Autorização <b>30/07/2025</b>	5-Senha	6-Data Válida Senha	7-Data da Emissão da Guia <b>30/07/2025</b>
---------------------------------	---	--	---------	---------------------	--

<b>Dados do Beneficiário</b>	8-Número da Carteira <b>889917400035000</b>	9-Validade da Carteira	10-Nome <b>ANA FLAVIA SANTA CRUZ DE ALMEIDA</b>	11-Nº Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN <b>N</b>
------------------------------	--	------------------------	--	--------------------------------	---------------------------------

<b>Dados do Contratado Solicitante</b>	13-Código na Operadora/CNPJ/CPF	14-Nome do Contratado <b>AMANDA CRISTINA BARBOSA RIBEIRO</b>	15-Nome do Profissional Solicitante <b>AMANDA CRISTINA BARBOSA RIBEIRO</b>	16-Conselho Profissional <b>06</b>	17-Número no Conselho <b>28687</b>	18-UF <b>53</b>	19-Código CBO <b>225250</b>	20-Assinatura do Profissional Solicitante
--	---------------------------------	---	---	---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------	--------------------------------	---

<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>	21-Caráter do Atendimento <b>E - Eletrônico U - Urgêncial/Emergência</b>	22-Data/Hora da Solicitação <b>30/07/2025</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>
--	---	--	----------------------	------------------------	--	---	-------------------------------	-------------------------------

<b>Dados do Contratado Executante</b>	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>
---------------------------------------	--	---	---------------------------

<b>Dados do Atendimento</b>	32-Tipo do Atendimento <b>05</b>	33-Indicação de Acidente <b>9</b>	34-Tipo de Consulta <b>2</b>	35-Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--

<b>Procedimento e Exames Realizados</b>	36-Data <b>30/07/2025</b>	37-Hora Iní. <b>05</b>	38-Hora Final <b>22</b>	39-Tábela <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 <b>1</b>	44-Tec. <b>1</b>	45-% Red/Acres <b>635,12</b>	46-Unitário R\$ <b>635,12</b>	47-Vlr.Total R\$ <b>635,12</b>
---	------------------------------	---------------------------	----------------------------	------------------------	--------------------------------------	---	--------------------	--------------------	---------------------	---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

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

56-Data de Realização do Procedimento em Série	57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	63-Total Diárias R\$	64-Total Gases Medicinais R\$	65-Total Geral R\$
59-Total Procedimentos R\$ <b>635,12</b>	60-Total Taxas e Alugueis R\$ <b>635,12</b>	61-Total Materiais R\$	62-Total de OP/ME R\$	63-Total Geral R\$ <b>635,12</b>
66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização <b>30/07/2025</b>	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>30/07/2025</b>	68-Data e assinatura do Prestador Executante <b>30/07/2025</b>	<b>Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>	

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

2-Número

**20250730171116**

Nº Requisição 0200043881004

1-Registro ANS  
**005711**3-Nº Guia Principal  
**3576170124**4-Data da Autorização  
**30/07/2025**

5-Senha

6-Data Validade Senha  
**30/07/2025**7-Data de Emissão do Guia  
**30/07/2025****Dados do Beneficiário**8-Número da Carteira  
**889917400035000**

9-Validade da Carteira

10-Nome  
**ANA FLAVIA SANTA CRUZ DE ALMEIDA**

11-Nº Cartão Nacional de Saúde

12-Antendimento a RN  
**N****Dados do Contratado Solicitante**

13-Código na Operadora/CNPJ/CPF

14-Nome do Contratado  
**AMANDA CRISTINA BARBOSA RIBEIRO**

15-Nome do Profissional Solicitante

**AMANDA CRISTINA BARBOSA RIBEIRO**

16-Conselho Profissional

17-Número no Conselho

18-UF

19-Código CBO

20-Assinatura do Profissional Solicitante

**06****28687****53****225250****Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

21-Caráter do Atendimento

E - Eletrônico U - Urgência/Emergência

22-Data/Hora da Solicitação  
**30/07/2025**

23-Indicação Clínica

24-Tabela

25-Código do Procedimento

22 **40601285**26-Descrição  
**PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO**

27-Qtd Solicitada

28-Qtd Autorizada

**1****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 de Atendimento

**05**

33-Indicação de Acidente

**9**

34-Tipo de Consulta

35-Motivo de Encerramento do Atendimento

**2****Procedimento e Exames Realizados**

36-Data

**30/07/2025**

37-Hora Iní.

**22**

38-Hora Final

**22**

39-Tabela

**40601285**

40-Código Proced.

**41**

41-Descrição

42-Qtd

43-Va

44-Tec.

45-% Red/Acres

46-Vlr. Unitário R\$

47-Vlr. Total R\$

**635,12****635,12****Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)**

48-Sig. Ref

49 - Grau Pkt. I

50-Código na Operadora/CNPJ

51-Nome do Profissional

52-Conselho Profissional

**06**

53-Número no Conselho

**28687**

54-UF

**999999**

55-Cata de Realização do Procedimento em Série

57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58-Clausura/Justificativa

59-Total Procedimentos R\$

**635,12**

60-Total Taxes e Alugueis R\$

61-Total Materiais R\$

62-Total de OPME R\$

63-Total Diárias R\$

64-Total Gases Medicinais R\$

65-Total Geral R\$

**635,12**

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

30/07/2025

*[Signature]*

68-Data e assinatura do Prestador Executante

30/07/2025

**Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada**



**CLAF**  
Clínica da Família

ANA FLAVIA SANTA CRUZ DE ALMEIDA

SOLICITO

CID Z01.4

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  
0085086237003  
ANA FLAVIA SANTA CRUZ

LAB  
0200043881004  
ANA FLAVIA SANTA CRUZ

61 3345.7679 | 61 3245.1455 | [www.clinicaclof.com.br](http://www.clinicaclof.com.br)

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

@clinicaclof @clinicaclof contato@clinicaclof.com.br

Nome		Data de Nascimento
<b>ANA FLAVIA SANTA CRUZ DE ALMEIDA</b>		05/06/1982 ( 43 anos )
CPF:	72603348191	RG:
Médico Solicitante	Convênio	Referência
AMANDA CRISTINA BARBOSA RIBEIRO	739 3881004	270810

### GENOTIPAGEM HPV 28 TIPOS DE ALTO E BAIXO RISCO

[data da coleta : 04/08/2025] 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 : 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 07/08/2025 às 15:45

Coletado em 04/08/2025 às 13:10

Fernanda Dahrouge Chiarot - CRBM-1: 10628

