

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

2-Número

20250804120136

Nº Requisição 0200043926002

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

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 880821100019027	9-Validade da Carteira NATALIA IVENT ZAVATTIERO TIENRO	10-Nome NATHALIA SENNA ENDRES	11-Nº Cartão Nacional de Saúde N	12-Atendimento a RN N
------------------------------	--	--	---	--	---------------------------------

Dados do Contratado Solicitante	13-Código na Operadora/CNPJ/CPF 14-Nome do Contratado NATALIA IVENT ZAVATTIERO TIENRO	15-Nome do Profissional Solicitante NATALIA IVENT ZAVATTIERO TIENRO	16-Conselho Profissional 06	17-Número no Conselho 12178	18-UF 53	19-Código CBO 999999	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 31/07/2025	23-Indicação Clínica 	24-Tabela 22	25-Código do Procedimento 40601285	26-Descrição PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO	27-Qtd Solicitada 1	28-Qtd Autorizada 1	29-Qtd Executada 1
--	---	--	---------------------------------	------------------------	--	---	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------

Dados do Contratado Executante	30-Nome do Contratado 0000263036	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 31/07/2025	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 	44-Tec. 	45-% Red/Acres 	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	49-Código na Operadora/CNP 06	50-Nome do Profissional 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\$ 635,12	60-Total Taxas e Aluguéis R\$ 635,12	61-Total Materiais R\$ 635,12	62-Total de OPME R\$ 635,12	63-Total Diárias R\$ 635,12	64-Total Gases Medicinais R\$ 635,12	65-Total Geral R\$ 635,12
---	--	---	---------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------------------

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 31/07/2025	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 31/07/2025	68-Data e assinatura do Prestador Executante 31/07/2025	69-Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada
---	--	---	--

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

12345678901234567890
nº Guia no Prestador

**VERHUM
LAGO SUL**

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização	5-Senha
Dados do Beneficiário	6 - Data de Validade da Senha
8 - Número da Carteira	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
Dados do Solicitante	9 - Validade da Carteira
13 - Código na Operadora	10 - Nome
	11 - Cartão Nacional de Saúde
	12 - Atendimento a RN

15 - Nome do Profissional Solicitante
16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho
18 - UF
19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
24 - Código na Operadora	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição
Dados do Atendimento		

28 - Código na Operadora	29 - Código do Procedimento	30 - Nome do Contratado
Dados do Atendimento		
32-Tipo de Atendimento	33 - Informação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo da Consulta
		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / procedimentos e Exames Realizados				
36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela 40-Código do Procedimento	41-Descrição
1- L	1- V	1- V	1- H	1- a
2- L	2- V	2- V	2- H	2- a
3- L	3- V	3- V	3- H	3- a
4- L	4- V	4- V	4- H	4- a
5- L	5- V	5- V	5- H	5- a

*Citologia na mens lignach
Manel da Mabrologar P/H P.U.*

27-Qtdc. Selc.

28-Qtdc. Aut.

42 - Qtdc.

43-Msgs 44-Tec. 45- Fator Rad/Acresc.

46-Valor Unitário (R\$)

47-Valor Total (R\$)

31 - Código CNES

54-UF

55-Código CBO

48-Saq_Ref_49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional
Dados da Execução / procedimentos e Exames Realizados	52-Conselho Profissional
53-Número no Conselho	54-UF
55-Código CBO	

56-Data da Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	61 - Total de Medicamentos (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
1- L	1- V	1- V	1- V	1- V	1- V
2- L	2- V	2- V	2- V	2- V	2- V
3- L	3- V	3- V	3- V	3- V	3- V
4- L	4- V	4- V	4- V	4- V	4- V
5- L	5- V	5- V	5- V	5- V	5- V
6- L	6- V	6- V	6- V	6- V	6- V
7- L	7- V	7- V	7- V	7- V	7- V
8- L	8- V	8- V	8- V	8- V	8- V
9- L	9- V	9- V	9- V	9- V	9- V
10- L	10- V	10- V	10- V	10- V	10- V

58-Observação / Justificativa

Padrão TISS

Componente do Contrato e Estrutura - Dezembro/2017

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxes e Aluguel (R\$)

61 - Total de Matérias (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização



0200043926002

NATHALIA SENNA ENDRES

13/08/2025



0085066292002

NATHALIA SENNA ENDRES

08/08/2025

Nome: Nathalia Senna Endres

Mãe:

Fone:

CPF:

Data Nasc.: 25/07/01 Gênero:

Convênio:

Inscrição:

Local de Coleta Fáctocérvice Endocérvice Fundo de Saco Vagina Vulva Ânus Boca Outros**Rotina Cito-histopatológica** Citológia Convencional Citológia em Base Líquida Citologia Geral
 Citológia Hormonal Isolada Histopatologia Citológia Anal**Painel de Hibridização Molecular para HPV** Alto Risco Baixo Risco HPV 28 Tipos HPV Quant 21**Painel de Hibridização Molecular para Agentes Infecciosos** Clamidia / Gonococos / Mycoplasma genitalium / Trichomonas vaginalis
 Clamidia / Gonococos / Mycoplasma genitalium / Mycoplasma hominis / Trichomonas vaginalis / Ureaplasma urealyticum / Ureaplasma parvum Streptococcus agalactiae
 Herpes I e II / Varicella-zoster vírus / Cytomegalovírus / C. trachomatis / GV / T. pallidum / H. ducreyi
 Candida: albicans / dubliniensis / glabrata / krusei / lusitaniae / parapsilosis / tropicalis
 Bactérias associadas à vaginose bacteriana 2 / Atopobium vaginace / 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) Protrombina (G20210A) Mutação MTHFR (C677T) (A1298C)**Indicação** Rotina Preventiva Alteração Citológica Prévia Controle Após Tratamento Outros:**Coloscopia** Não realizada Sem alterações Achados menores Achados maiores**Informes Clínicos** UMI: TRH ACO DIU Prurido
 Gestante Menopausa Cauterização CAF Hysterectomy**Dados Complementares**

Kylura

VERHUM
LAGO SUL

Nº de frascos / Lâminas: _____

Dra. Nathalia Zavatieri Tiene
CRM-DF 17911
CRM-DF 15109



Paciente [Assinatura]

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

Médico
(Assinatura e Carimbo)

Décio F. Gorini Marco Aurélio da S. Peixoto Aline Marques dos Santos Thiago José Fernandes
CRM DF 1768 CRM DF 12918 CRM DF 15109 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
NATALIA IVET ZAVATTIERO TIERNO

Convênio	Guia	Referência
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:

- 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 18:21

Coletado em 07/08/2025 às 10:25

Kiany Alves - CRBM-1: 42479


