

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

2-Número

20250805173412

Nº Requisição 0085066557002

1-Registro ANS 005711	3-Nº Guia Principal 358712623	4-Data da Autorização 05/08/2025	5-Senha	6-Data Validade Senha	7-Data de Emissão da Guia 05/08/2025
---------------------------------	---	--	---------	-----------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 887361100019010	9-Validade da Carteira	10-Nome FERNANDA BEATRIZ PEREIRA DE HOLANDA CAVALCANTI	11-Nº Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN N
--	------------------------	--	--------------------------------	---------------------------------

Dados do Contratado Solicitante

13-Código na Operadora/CNPJ/CPF	14-Nome do Contratado PAULO CESAR MIRANDA COELHO	16-Conselho Profissional 06	17-Número no Conselho 8280	18-UF 53	19-Código CBO 225250	20-Assinatura do Profissional Solicitante
---------------------------------	--	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------	--------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21-Caráter do Atendimento E	22-Data/Hora da Solicitação 05/08/2025	23-Indicação Clinica		
24-Tabela 22	25-Código do Procedimento 40601323	26-Descrição PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO EM MEIO LÍQUIDO	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	35-Motivo de Encerramento do Atendimento 2
-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------	--

Procedimento e Exames Realizados

36-Data 05/08/2025	37-Hora Ini.	38-Hora Final	39-Tabela 22	40-Código Proced. 40601323	41-Descrição PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO EM MEIO LÍQUIDO	42-Qtd 1	43-Via	44-Tec.	45-% Red/Acres	46-Vlr.Unitário R\$ 47,31	47-Vlr.TotalR\$ 47,31
------------------------------	--------------	---------------	------------------------	--------------------------------------	--	--------------------	--------	---------	----------------	-------------------------------------	---------------------------------

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 06	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO 999999
--------------	-------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------	--------------------------------

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

58-Observação/Justificativa

59-Total Procedimentos R\$ 47,31	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\$ 47,31
--	-------------------------------	------------------------	----------------------	----------------------	-------------------------------	------------------------------------

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 05/08/2025	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável Ylwv	68-Data e assinatura do Prestador Executante 05/08/2025 Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada
---	--	---



Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento

Hash SHA256 do PDF original 7b5810c8cf919ae81cf544153d11f84714879941a2d69b5d80ea005b9fa6ea3c

<https://valida.ae/7e9c7626bb2b8d653f351ec3e514bddb792623fb2f199b59c>

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

2-Número

20250805173538

Nº Requisição 0200044139005

1-Registro ANS 005711	3-Nº Guia Principal 358712896	4-Data da Autorização 05/08/2025	5-Senha	6-Data Validade Senha	7-Data de Emissão da Guia 05/08/2025
---------------------------------	---	--	---------	-----------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 887361100019010	9-Validade da Carteira	10-Nome FERNANDA BEATRIZ PEREIRA DE HOLANDA CAVALCANTI	11-Nº Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN N
--	------------------------	--	--------------------------------	---------------------------------

Dados do Contratado Solicitante

13-Código na Operadora/CNPJ/CPF	14-Nome do Contratado PAULO CESAR MIRANDA COELHO	16-Conselho Profissional 06	17-Número no Conselho 8280	18-UF 53	19-Código CBO 225250	20-Assinatura do Profissional Solicitante
---------------------------------	--	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------	--------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21-Caráter do Atendimento E	22-Data/Hora da Solicitação 05/08/2025	23-Indicação Clinica		
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	35-Motivo de Encerramento do Atendimento 2
-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------	--

Procedimento e Exames Realizados

36-Data 05/08/2025	37-Hora Ini.	38-Hora Final	39-Tabela 22	40-Código Proced. 40601293	41-Descrição PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR CAPTURA HÍBRIDA	42-Qtd 1	43-Via	44-Tec.	45-% Red/Acres	46-Vlr.Unitário R\$ 405,13	47-Vlr.TotalR\$ 405,13
------------------------------	--------------	---------------	------------------------	--------------------------------------	---	--------------------	--------	---------	----------------	--------------------------------------	----------------------------------

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 06	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO 999999
--------------	-------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------	--------------------------------

56-Data de Realização de 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\$	61-Total Materiais R\$	62-Total de OPME 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 <i>Wlw</i>	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 05/08/2025	68-Data e assinatura do Prestador Executante 05/08/2025 Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada
--	--	---



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

2-Número

20250805173549

Nº Requisição 0200044139005

1-Registro ANS 005711	3-Nº Guia Principal 358712944	4-Data da Autorização 05/08/2025	5-Senha	6-Data Validade Senha	7-Data de Emissão da Guia 05/08/2025
---------------------------------	---	--	---------	-----------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 887361100019010	9-Validade da Carteira	10-Nome FERNANDA BEATRIZ PEREIRA DE HOLANDA CAVALCANTI	11-Nº Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN N
--	------------------------	--	--------------------------------	---------------------------------

Dados do Contratado Solicitante

13-Código na Operadora/CNPJ/CPF	14-Nome do Contratado PAULO CESAR MIRANDA COELHO	16-Conselho Profissional 06	17-Número no Conselho 8280	18-UF 53	19-Código CBO 225250	20-Assinatura do Profissional Solicitante
---------------------------------	--	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------	--------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21-Caráter do Atendimento E	22-Data/Hora da Solicitação 05/08/2025	23-Indicação Clinica
24-Tabela 22	25-Código do Procedimento 40601285	26-Descrição PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO

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	35-Motivo de Encerramento do Atendimento 2
-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------	--

Procedimento e Exames Realizados

36-Data 05/08/2025	37-Hora Ini.	38-Hora Final	39-Tabela 22	40-Código Proced. 40601285	41-Descrição PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO	42-Qtd 1	43-Via	44-Tec.	45-% Red/Acres	46-Vlr.Unitário R\$ 635,12	47-Vlr.TotalR\$ 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 06	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO 999999
--------------	-------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------	--------------------------------

56-Data de Realização de 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\$	61-Total Materiais R\$	62-Total de OPME 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 <i>Intw</i> 05/08/2025	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Intw</i> 05/08/2025	68-Data e assinatura do Prestador Executante 05/08/2025 Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada
--	---	---



Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento

Hash SHA256 do PDF original 7b5810c8cf919ae81cf544153d11f84714879941a2d69b5d80ea005b9fa6ea3c

<https://valida.ae/7e9c7626bb2b8d653f351ec3e514bddb792623fb2f199b59c>

Página de assinaturas

**Fernanda Cavalcanti**

001.587.621-77

Signatário

HISTÓRICO

- 07 ago 2025 07:54:35  Gabriela Lopes criou este documento. (Email: labsuportadm5@gmail.com)
- 07 ago 2025 08:08:03  Fernanda Beatriz Pereira De Holanda Cavalcanti (Celular: +5561992239532, CPF: 001.587.621-77) visualizou este documento por meio do IP 177.235.64.5 localizado em Brasília - Federal District - Brazil
- 07 ago 2025 08:10:30  Fernanda Beatriz Pereira De Holanda Cavalcanti (Celular: +5561992239532, CPF: 001.587.621-77) assinou este documento por meio do IP 177.235.64.5 localizado em Brasília - Federal District - Brazil



Nome		Data de Nascimento
FERNANDA BEATRIZ PEREIRA DE HOLANDA CAVALCANTI		03/05/1985 (40 anos)
CPF:	00158762177	RG:
Médico Solicitante	Convênio	Referência
PAULO CESAR MIRANDA COELHO	739 4139005	276061

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

[data da coleta : 11/08/2025] 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 13/08/2025 às 18:17
Coletado em 11/08/2025 às 15:54
Vanessa Silva - CRBM-1: 31302


Nome		Data de Nascimento
FERNANDA BEATRIZ PEREIRA DE HOLANDA CAVALCANTI		03/05/1985 (40 anos)
CPF:	00158762177	RG:
Médico Solicitante	Convênio	Referência
PAULO CESAR MIRANDA COELHO	739 4139005	276061

GENOTIPAGEM PARA HPV BAIXO E ALTO RISCO

[data da coleta :11/08/2025] COLETA DE AMOSTRA NÃO REALIZADA PELO IPOG

MATERIAL : TGI

MÉTODO: PCR TEMPO REAL

BAIXO RISCO

HPV TIPO 6	NEGATIVO
HPV TIPO 11	NEGATIVO
HPV TIPO 42	NEGATIVO
HPV TIPOS 40 E 44	NEGATIVO

ALTO RISCO

HPV TIPO 16	NEGATIVO
HPV TIPO 18	NEGATIVO
HPV TIPO 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 e 68	NEGATIVO

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 HPV 16 e HPV 18, genotipagem em conjunto dos tipos do HPV de alto risco 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 e 68, genotipagem específica do HPV de baixo risco HPV 06 , 11 e 42 e genotipagem em conjunto dos tipos do HPV de baixo risco 40 e 44.
- 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 13/08/2025 às 09:38

Coletado em 11/08/2025 às 15:54

Kiany Alves - CRBM-1: 42479

