

Nome ADRIANA TEIXEIRA RAMAGEM	Data de Nascimento 26/09/1973 (51 anos)		
CPF: 64592731115	RG:		
Médico Solicitante ANDREA RUBIA PERFEITO	Convênio 739	Guia 4174006	Referência 274301

PAINEL DE IST I (CT/NG/MHOM/MGEN/UUREA/UPAR/TVAG)

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

MATERIAL : ENDO/ECTOCERVICAL

MÉTODO : PCR TEMPO REAL

RESULTADOS :	CHLAMYDIA TRACHOMATIS : NEGATIVO
	NEISSERIA GONORRHOEAE : NEGATIVO
	MYCOPLASMA HOMINIS : NEGATIVO
	MYCOPLASMA GENITALIUM : NEGATIVO
	UREAPLASMA UREALYTICUM : NEGATIVO
	UREAPLASMA PARVUM : 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 hominis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum 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 12/08/2025 às 14:38

Coletado em 11/08/2025 às 07:48

Vanessa Silva - CRBM-1: 31302



Nome ADRIANA TEIXEIRA RAMAGEM	Data de Nascimento 26/09/1973 (51 anos)		
CPF: 64592731115	RG:		
Médico Solicitante ANDREA RUBIA PERFEITO	Convênio 739	Guia 4174006	Referência 274301

PAINEL VAGINOSE BACTERIANA

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

MATERIAL : ENDO/ECTOCERVICAL
 MÉTODO : PCR TEMPO REAL

	RESULTADOS	VALOR QUANTITATIVO
ATOPOBIUM VAGINAE :	NEGATIVO	0,00
GARDNERELLA VAGINALIS :	NEGATIVO	0,00
LACTOBACILLUS SPP :	POSITIVO	4,67
BACTÉRIAS ASSOCIADAS À VAGINOSE BACTERIANA 2 :	NEGATIVO	
BACTEROIDES FRAGILIS :	NEGATIVO	
MEGASPHAERA TIPO 1 :	NEGATIVO	
MOBILUNCUS SPP :	NEGATIVO	

VALOR DE REFERÊNCIA : NEGATIVO

Conclusão: O resultado é NEGATIVO para vaginose bacteriana em relação aos alvos pesquisados, e indica equilíbrio na flora vaginal normal.

Notas:

1. Este exame é um ensaio qualitativo e quantitativa de reação de cadeia de polimerase em tempo real para detecção e avaliação de Vaginose bacteriana. Permite a detecção quantitativa de Lactobacillus spp (Lacto; Lactobacillus crispatus, Lactobacillus gasseri, Lactobacillus jensenii), Gardnerella vaginalis e de Atopobium vaginae e detecção qualitativa de Megasphaera Tipo 1, Bacteroides fragilis, Bactéria associada à vaginose bacteriana 2 e Mobiluncus spp.

2. A vaginose bacteriana está relacionada a uma morbidade infeciosa considerável e possivelmente evitável em mulheres não grávidas. A presença destes microrganismos juntamente com uma depleção dos lactobacilos protetores, sugere que as condições microbianas vaginais estão anormais, assim a vaginose bacteriana caracteriza-se pela detecção de Lactobacillus spp. diminuídos ou ausente com uma concentração aumentada de Gardnerella vaginalis ($>10^8 \sim 10^{11}$ CFU/mL), além de um conjunto de bactérias potencialmente patogênicas, incluindo a Atopobium vaginae, Megasphaera Tipos 1 e 2, Bactéria associada à vaginose bacteriana 2, Bacteroides spp., Mobiluncus spp., Mycoplasma spp., e Ureaplasma urealyticum/parvum. Para os alvos quantitativos valores > 0 são considerados para a análise do cálculo através do software e avaliação do equilíbrio da flora. O limiar quantitativo para alvos Lactobacillus spp, Gardnerella vaginalis e de Atopobium vaginae é de resultado do alvo = 10Qt cópias/rxn.

3. Este exame auxiliará na avaliação da representatividade da flora vaginal associada a



Nome **ADRIANA TEIXEIRA RAMAGEM** Data de Nascimento **26/09/1973 (51 anos)**

CPF: 64592731115 RG:

Médico Solicitante
ANDREA RUBIA PERFEITO

Convênio	Guia	Referência
739	4174006	274301

quadro de vaginose bacteriana da paciente. Nem sempre resultados com representação de valores quantitativos em alguns agentes pesquisados significará que a paciente esteja positiva para vaginose bacteriana. A conclusão dos resultados pesquisados será avaliada pelo cálculo do software do ensaio que foi baseado no score Nugent.

4. O resultado NEGATIVO para vaginose bacteriana em relação aos alvos pesquisados, e indica equilíbrio na flora vaginal normal. O resultado indica ausência ou representatividade dentro da normalidade dos agentes pesquisados.

5. O resultado POSITIVO e de risco INTERMEDIÁRIO para vaginose bacteriana em relação aos alvos pesquisados, e sugere quadro de vaginose bacteriana e possível disbiose/desequilíbrio da flora vaginal. O resultado indica a presença do DNA do patógeno na amostra analisada com valores considerados representativos para vaginose bacteriana.

6. O resultado INCONCLUSIVO está relacionado com a falha no controle interno da amostra. Resultados inconclusivos ocorrem pela presença fatores interferentes que inibem a reação ou em amostras com baixa concentração da carga do patógeno inferior ao limite de detecção do teste. Ficará a critério clínico a solicitação de uma nova coleta.

Assinado em 13/08/2025 às 17:01

Coletado em 11/08/2025 às 07:48

Julianne Cunha - CRBM-1: 25722



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

20250806163453

2-Número
Nº Requisição 0200044174006

1-Registro ANS 005711	3-Nº Guia Principal 358947714	4-Data da Autorização 06/08/2025	5-Senha 	6-Data Válida Senha 	7-Data da Emissão da Guia 06/08/2025
---------------------------------	---	--	-------------	-------------------------	--

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 032544107538007	9-Validade da Carteira 	10-Nome ADRIANA TEIXEIRA RAMAGEM	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 ANDREA RUBIA PERFEITO	15-Nome do Profissional Solicitante ANDREA RUBIA PERFEITO	16-Conselho Profissional 06	17-Número no Conselho 9522	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 06/08/2025	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 	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 06/08/2025	37-Hora Iní. 	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. Total R\$ 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 do Procedimento em Série 	57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--	--

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 	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	68-Data e assinatura do Prestador Executante
--	---	--

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

20250806163545

2-Número

Nº Requisição 0200044174006

1-Registro ANS 005711	3-Nº Guia Principal 358947982	4-Data da Autorização 06/08/2025	5-Senha 	6-Data Válida Senha 06/08/2025	7-Data de Emissão da Guia 06/08/2025
---------------------------------	---	--	--------------------	--	--

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 032544107538007	9-Validade da Carteira 	10-Nome ADRIANA TEIXEIRA RAMAGEM	11-Nº Cartão Nacional de Saúde N	12-Atendimento a RN
------------------------------	--	-----------------------------------	--	--	--------------------------------

Dados do Contratado Solicitante	13-Código na Operadora/CNPJ/CPF ANDREA RUBIA PERFEITO	14-Nome do Contratado ANDREA RUBIA PERFEITO	15-Nome do Profissional Solicitante ANDREA RUBIA PERFEITO	16-Conselho Profissional 06	17-Número no Conselho 9522	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 06/08/2025	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
--	---	--	---------------------------------	------------------------	--	---	-------------------------------	-------------------------------

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 06/08/2025	37-Hora Iní. 	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. 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 	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\$
---	---	---------------------------------	--

58-Observação/Justificativa 	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-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 06/08/2025	66-Data e assinatura do Beneficiário ou Responsável 06/08/2025	67-Data e assinatura do Prestador Executante 06/08/2025	68-Data e assinatura do Profissional Executante Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada
---	--	---	---