



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls.1/2

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: UNACON - FUNDAÇÃO DE SAÚDE DILSON DE QUADROS GODINHO  
2 - CNES: 2219646

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: VALDECI RODRIGUES FERREIRA  
4 - SEXO: Mas. ☐ Fem. ☐  
5 - Nº DO PRONTUÁRIO:   
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):   
7 - DATA DE NASCIMENTO:   
8 - RAÇA/COR:   
8.1 - ETNIA:   
9 - NOME DA MÃE:   
10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:   
11 - NOME DO RESPONSÁVEL:   
12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:   
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):   
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:   
15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:   
16 - UF:   
17 - CEP:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:   
19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: TOMO. COMP DE COLUNA LOMBAR  
20 - QTDE:

## PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| 21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 23 - QTDE. |
|----------------------------------------|--------------------------------------|------------|
| 24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 26 - QTDE. |
| 27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 29 - QTDE. |
| 30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 32 - QTDE. |
| 33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 35 - QTDE. |

## JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: CIATALGIA  
37-CID10 PRINCIPAL: M541  
38-CID10 SECUNDÁRIO:   
39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

40 - OBSERVAÇÕES:

RM DE 30/05/2023 EVIDENCIANDO ABAULAMENTO DISCAL EXTRUSO POSTEROCENTRAL E CENTROLATERAL COM MIGRAÇÃO CAUSAL. ESQUERDO COM COMPRESSÃO DA RAIZ DESTE LADO . PROTUSÃO L5S1 POSTEROCENTRAL  
SOLICITAMOS TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR PARA DEFINIÇÃO DE CALCIFICAÇÃO DA HERNIAÇÃO E PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA.

## SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: LEANDRO FROES BATISTA  
42 - DATA DA SOLICITAÇÃO:   
45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):   
43 - DOCUMENTO: (✓) CNS ( ) CPF  
44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 7 0 5 0 0 6 6 7 0 7 1 6 0 5 8

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:   
47 - Cód. Órgão Emissor:   
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC):   
48 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF  
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:   
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:   
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):   
53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: a   
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE:   
55 - CNES:

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)