



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	2 - CNES
UNIDADE DE SAUDE MODELO	0000000

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
MARIA HELENA OLIVEIRA (FICTICIO)			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO	8 - RAÇA/COR
000 0000 0000 0000	12/05/1974	FEMININO	
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE DE CONTATO	
ANA LUCIA OLIVEIRA (FICTICIO)		DDD Nº DO TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO	
		DDD 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	20 - QTDE.
02.07.01.004-8	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	1

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	37-CID10 PRINCIPAL	38-CID10 SECUNDÁRIO	39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
TRANSTORNOS DE DISCOS LOMBARES E OUTROS DISCOS INTERVERTEBRAIS COM RADICULOPATIA	M51.1		
40 - OBSERVAÇÕES			
PACIENTE COM LOMBALGIA CRONICA IRRADIADA PARA MEMBRO INFERIOR, REFRATARIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR, NECESSITANDO RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA PARA AVALIACAO DE HERNIA DISCAL/RADICULOPATIA E DEFINICAO TERAPEUTICA.			

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	42- DATA DA SOLICITAÇÃO	45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
DR. RAFAEL COSTA ALMEIDA (FICTICIO)	09/08/2026	
43 - DOCUMENTO	44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
() CNS (X) CPF	000.000.000-00	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
48 - DOCUMENTO	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF		
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC
		/ / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	55 - CNES