



PACIENTE: ALEX FERREIRA DOS SANTOS  
DOCUMENTO: 040.961.138-75 IDADE: 63A REQUISIÇÃO: 1523988  
SOLICITANTE: DR.(A) CASSIO AUGUSTO DE MELLO RUSCONI  
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



DATA: 02/02/2026  
HORA: 08:42 h  
CÓDIGO: 28526

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBAR

### Método:

Realizados cortes tomográficos axiais volumétricos, sem a administração endovenosa de meio de contraste iodado.

*Para acessar as imagens completas deste exame acesse: [www.biolabor.com.br](http://www.biolabor.com.br) e insira protocolo e senha indicados no rodapé desta página.*

### Análise:

Retificação da lordose lombar fisiológica em decúbito.

Corpos vertebrais com altura preservada.

Osteófitos marginais aos corpos vertebrais e sinais de artrose das interapofisárias nos níveis enfocados.

Pedículos e lâminas de aspecto conservado.

Níveis L3-L4 a L5-S1: Abaulamentos discais simétricos, que tocam a face ventral do saco dural e mantêm relação bilateral com as raízes nervosas emergentes.

Canal vertebral com amplitude preservada nos segmentos avaliados.

Musculatura paravertebral de aspecto habitual.

Alterações degenerativas das articulações sacroilíacas.

### Opinião:

Espondilose lombar.

Abaulamentos discais simétricos nos níveis L3-L4 a L5-S1, com sinais de radiculopatia bilateral.

Demais achados acima descritos.

**Dr. Mauro Paiva Rodrigues**  
**CRM 156297**

Laudo assinado eletronicamente: 02/02/2026 às 12:31

O valor preditivo de testes diagnósticos depende da análise conjunta do resultado e dos dados clínicos do paciente.

Central de atendimento ☎ Sorocaba e Região: (15) 3233-8200 ☎ Itu e Região: (11) 2429-5699 📞 WhatsApp: (15) 99134-9888

Imagens completas disponíveis em [www.biolabor.com.br](http://www.biolabor.com.br) Protocolo: 10991523988 Senha: 728526

Secretaria da  
Saúde



Prefeitura de  
**SOROCABA**

## GUIA DE REFERÊNCIA



CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE

POLICLÍNICA MUNICIPAL  
"Dr. Edward Maluf"  
Tel.: 3219 - 2200

Especialidade:

Prioridade: PO ( )

Endereço do local agendado:

P1 ( )  
P2 ( )  
P3 ( )

Data:

Hora:

Nome do Paciente/Nome Social:

Data de Nascimento: / /

Tempo da Doença:

SIS:

CROSS:

Quadro Clínico:

Hipótese de Diagnóstico:

CID:

Exames Solicitados:

Medicação Indicada:

Evolução do Paciente:

Motivo do Encaminhamento:

Assinatura / Carimbo do Profissional

Dr. Semaan Camis Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SP 72452 TEOT 6160

Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade:

Data:

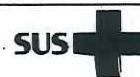
Data:

Secretaria da  
Saúde



Prefeitura de  
**SOROCABA**

## GUIA CONTRARREFERÊNCIA



Do serviço:

Para:

Especialidade:

Nome do Paciente:

Nº do Prontuário:

Diagnóstico/Tratamento:

Orientação à Unidade de Origem:

\* Retorno em:

Assinatura / Carimbo

Data: