



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Paciente: _____ Convênio: _____
Médico Solicitante: _____ Data Solicitação: _____

ULTRASSONOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER COLORIDO (ECO-DOPPLER)

EXAMES	TABELA
AVALIAÇÃO CÉREBRO-VASCULAR	CBHPM / TUSS
<input type="checkbox"/> Artérias Carótidas e Vertebrais	40901360
<input type="checkbox"/> Artérias Subclávias	40901459
<input type="checkbox"/> Artérias Temporais	40901386
<input type="checkbox"/> Artérias Oftálmicas	40901386
<input type="checkbox"/> Venoso Cervical (veias subclávias e jugulares)	40901378
AVALIAÇÃO ABDOMINAL	CBHPM / TUSS
<input type="checkbox"/> Aorta abdominal e Artérias Iílicas	40901408
<input type="checkbox"/> Venoso Abdominal (Veias Cava Inferior e Iílicas)	40901432
<input type="checkbox"/> Artérias Renais	40901394
<input type="checkbox"/> Artérias Mesentéricas e Tronco Celiaco	40901416
<input type="checkbox"/> Veia Porta (Hepático)	40901432
AVALIAÇÃO ARTERIAL	CBHPM / TUSS
<input type="checkbox"/> Arterial do Membro Inferior Direito	40901475
<input type="checkbox"/> Arterial do Membro Inferior Esquerdo	40901475
<input type="checkbox"/> Arterial do Membro Superior Direito	40901459
<input type="checkbox"/> Arterial do Membro Superior Esquerdo	40901459
AVALIAÇÃO VENOSA	CBHPM / TUSS
<input type="checkbox"/> Veias Iílicas Direitas	40901432
<input type="checkbox"/> Veias Iílicas Esquerdas	40901432
<input type="checkbox"/> Venoso Profundo do Membro Inferior Direito	40901483
<input type="checkbox"/> Venoso Profundo do Membro Inferior Esquerdo	40901483
<input type="checkbox"/> Venoso Superficial do Membro Inferior Direito (Mapeamento de Varizes)	40901483
<input type="checkbox"/> Venoso Superficial do Membro Inferior Esquerdo (Mapeamento de Varizes)	40901483
<input type="checkbox"/> Venoso Profundo do Membro Superior Direito	40901467
<input type="checkbox"/> Venoso Profundo do Membro Superior Esquerdo	40901467
<input type="checkbox"/> Mapeamento Venoso Pré-Revascularização (substitutivo arterial)	40901483
<input type="checkbox"/> Venoso Superficial do Membro Superior Direito (para confecção de Fístula Artério-Venosa)	40901467
<input type="checkbox"/> Venoso Superficial do Membro Superior Esquerdo (para confecção de Fístula Artério-Venosa)	40901467
OUTRAS AVALIAÇÕES	CBHPM / TUSS
<input type="checkbox"/> Transplante Renal	40901394
<input type="checkbox"/> Transplante de Pâncreas	40901386
<input type="checkbox"/> Hemangioma (exame do local)	40901424

SUSPEITA CLÍNICA

AGENDAMENTO DE EXAME
(41) 3362-0133 / (41) 3085-5414



UNIDADES DE ATENDIMENTO

⇒ Rua da Paz, 195 sala 02 – térreo
Alto da XV - Curitiba – Pr - CEP 80060-160

⇒ Av. Iguaçu, 1.236 – 1º andar
Rebouças – Curitiba – Pr - CEP 80250-190

e-mail: angiolab@angiolab.com.br

Rev. 01/2018

Site: www.angiolab.com.br

CONVÊNIO ATENDIDOS

AGEMED	ITAIPÚ
AMBEP	JUDICEMED
AMIL	MAPFRE SAÚDE
BANCO CENTRAL	PETROBRÁS BR
CAPESEP	PETROBRÁS DISTRIBUIDORA
CASSI	POSTAL SAÚDE
CLINIPAM	SAÚDE CAIXA
FUNDAÇÃO ASSEFAZ	SULAMÉRICA
FUNDAÇÃO COPEL	UNIMED
FUNDAÇÃO SANEPAR	SINAM
GAMA SAÚDE	

UNIDADES DE ATENDIMENTO

➤ Unidade Matriz - Rua da Paz, 195 sala 02 - Alto da XV - Centro Médico MAB



➤ Unidade Hospitalar - Av. Iguaçu, 1.236 – 1º andar – Rebouças - Centro Médico Hospitalar Sugisawa

