

REQUISIÇÃO EXCLUSIVA PARA PACIENTES CONVENIADOS COM A UNIMED

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE CARTEIRA UNIMED Nº

IDADE DATA DE NASCIMENTO DATA DA SOLICITAÇÃO TELEFONE
Anos () Meses () / / / / ()

DR. (º) CRO Nº

ENDEREÇO

TELEFONE FIXO TELEFONE MÓVEL E-MAIL
() ()

ENTREGA NO CONSULTÓRIO PACIENTE RETIRA SOLICITO REQUISIÇÕES

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- TC FACE OU SEIOS DA FACE (CÓDIGO 41001036)
- TC ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES - BILATERAL (CÓDIGO 41001044)
 - 01 INCIDÊNCIA (MIH)
 - 02 INCIDÊNCIAS (MIH E ABERTURABUCAL MÁXIMA)
- TC DENTAL - DENTASCAN (CÓDIGO 41001052)
- TC MANDIBULAR (CÓDIGO 41001273)
- TC MAXILAR (CÓDIGO 41001281)

INFORMAÇÕES CLÍNICAS:

RAIO X

- RX SEIOS DA FACE (CÓDIGO 40801063)
- RX ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES - BILATERAL (CÓDIGO 40801110)
 - 01 INCIDÊNCIA (MIH)
 - 02 INCIDÊNCIAS (MIH E ABERTURA BUCAL MÁXIMA)
- RX ADENÓIDES OU CAVUM (CÓDIGO 40801128)
- RX PANORÂMICA DE MANDÍBULA - ORTOPANTOMOGRAFIA (CÓDIGO 40801136)

INFORMAÇÕES CLÍNICAS:

RUA PROFESSOR BRAGA Nº 240 - LOJA 1
CENTRO - SANTA MARIA - RS
FONES: (55) 3222-0720 / 3222-8976 / 99166-8228