



IMED BELFORD ROXO - Av. José M. dos Passos, 941 - Tel.: 2762-0222 / 3939-6559	☎ 99519-8035	<input type="checkbox"/> Ressonância Magnética <input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada	<input type="checkbox"/> Densitometria / Eco em geral <input type="checkbox"/> Mamografia Digital / Raios-X
LAB. HEMOTEC BELFORD ROXO - Av. Presidente Kennedy, 6560 - Loja E - Tel.: 2671-9395 / 3842-8652	☎ 2673-2055	<input type="checkbox"/> Laboratório de Análises <input type="checkbox"/> Exame de Sangue	<input type="checkbox"/> Colpocitologia <input type="checkbox"/> Histopatologia
LABORATÓRIO RIOLABOR BELFORD ROXO - Av. Benjamim Pinto Dias, 868 SÃO JOÃO DE MERITI II - Rua Expedicionários, 62 - 2º andar VILAR DOS TELES - Rua Cléber Santos de Carvalho, 50 - Loja 01 DUQUE DE CAXIAS - Av. Presidente Vargas, 108 - Loja B	☎ 97149-1653 Central: 2594-9366 ☎ 97336-4880	<input type="checkbox"/> Laboratório / Análises Clínicas <input type="checkbox"/> Colpocitopatologia / Preventivo <input type="checkbox"/> Histopatológico <input type="checkbox"/> Citopatologia	<input type="checkbox"/> Bíoquímica / Hormônios <input type="checkbox"/> Micológico
DR. MARCUS BELFORD ROXO - Rua Adil Miranda, 78	☎ 97149-1653 Tel.: 3748-3613	<input type="checkbox"/> Endoscopia Digestiva	
INCOL - AUD. DR. IVAN GABRIEL SÃO JOÃO DE MERITI - Rua Manoel Machado Nunes, 55 - Tel.: 2756-0733 / 2655-0375	☎ 98111-5329	<input type="checkbox"/> Timpanom. / Impedânciometria <input type="checkbox"/> Vectoelectronistagmografia	<input type="checkbox"/> Audiometria / Rem. cerume <input type="checkbox"/> Video-Laringoscopia
CENTRO DE MEDICINA DUQUE DE CAXIAS - Av. Brigadeiro Lima e Silva, 1976 - Tel.: 4002-0203		<input type="checkbox"/> Ressonância / Tomografia <input type="checkbox"/> Ultrassonografia / EcoDoppler	<input type="checkbox"/> Mamografia / Densitometria <input type="checkbox"/> Raio-X / Laboratório
HEMOTEC DUQUE DE CAXIAS - Rua Genaro Lomba, 156 - Tel.: 2673-2055 / 2671-9395	☎ 96801-0348	<input type="checkbox"/> Laboratório / Ultrassonografia <input type="checkbox"/> Eco Pediátrico / Eco Fetal / Vascular	<input type="checkbox"/> Audiometria / ECG / EEG <input type="checkbox"/> Eco Doppler em geral
KATZ ENDOIMAGEM DUQUE DE CAXIAS - Rua Conde de Porto Alegre, 477 - Salas 108/110	Marcação 3294-3000	<input type="checkbox"/> Colonoscopia / Consulta Procto <input type="checkbox"/> Manometria Anorectal / Esofag.	<input type="checkbox"/> Retossigmoidoscopia / EDA <input type="checkbox"/> Phmetria Esofágica
ELIEL FIGUEIRÊDO LABORATÓRIO E IMAGEM DUQUE DE CAXIAS - Av. Perimetral Marechal Deodoro, 477 Jardim 25 de Agosto	Tel.: 2671-7300	<input type="checkbox"/> Raio X / Densitometria / ECG <input type="checkbox"/> Tomografia / EcoDoppler	<input type="checkbox"/> Mamografia / Ultrassonografia
SEG GASTRO DUQUE DE CAXIAS - Rua Ailton da Costa, 115 - Sala 603 - Tel.: 99607-0776 / 2671-4829		<input type="checkbox"/> Endoscopia Digestiva	<input type="checkbox"/> Colonoscopia
MEDILABS DUQUE DE CAXIAS - Rua Passos da Pátria, 179 - Tel.: 2622-0202		<input type="checkbox"/> Tomografia / Ressonância / Mamografia <input type="checkbox"/> Ecocardiograma / EcoDoppler Membros	<input type="checkbox"/> Densitometria Óssea <input type="checkbox"/> Ultrassonografia / Raios-X Digital
IMAGEM DIAGNÓSTICO - UP TOWN BARRA - Av-Ayrton Senna, 5.500 - BL 3 - Salas 320 a 323 - Tel.: 3400-7513	☎ 96471-6693	<input type="checkbox"/> Tomografia / Ressonância / Mamografia <input type="checkbox"/> Ecocardiograma / EcoDoppler Membros	<input type="checkbox"/> Densitometria Óssea <input type="checkbox"/> Ultrassonografia / Raios-X Digital
SÃO CARLOS - SAÚDE ONCOLÓGICA BOTAFOGO - Rua Humaitá, 296 - Tel.: 2536-1300		<input type="checkbox"/> Pet-CT (Somatostatina / Psmá / FGD) <input type="checkbox"/> Tomografia / Angio TC / Uro Tomografia	<input type="checkbox"/> Cintilografias / Oncológica Galio 67 <input type="checkbox"/> Cintilografia c/ Octeotride
ALERGO - AR CENTRO RJ - Rua Sete de Setembro, 92 - Sala 905	Marcação 3515-0808 ☎ 99977-7263	<input type="checkbox"/> Teste alérgico / Teste de contato <input type="checkbox"/> Consultas Especializadas	<input type="checkbox"/> Espirometria <input type="checkbox"/> Prova de função Pulmonar

Nome: _____
Exame: _____
Data: ____ / ____ / ____

Solicitante: _____

Sistema Interclínicas de Serviços Médicos

