



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- N° Guia no Prestador

| | | | | |
|------------------|---------------------------------|-----------|-------------------------|---|
| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Referenciada | 4 - Senha | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|------------------|---------------------------------|-----------|-------------------------|---|

Dados do Beneficiário

| | | | |
|------------------------|----------|-----------|-----------|
| 7 - Número da Carteira | 8 - Nome | 9 - Idade | 10 - Sexo |
|------------------------|----------|-----------|-----------|

Dados do Profissional Solicitante

| | | |
|---------------------------------------|---------------|-------------|
| 11 - Nome do Profissional Solicitante | 12 - Telefone | 13 - E-mail |
|---------------------------------------|---------------|-------------|

Diagnóstico Oncológico

| | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------------------|-------------------|-----------|-----------------|
| 14 - Data do diagnóstico | 15 - CID 10 Principal | 16 - CID 10 (2) | 17 - CID 10 (3) | 18 - CID 10 (4) | 19 - Diagnóstico por Imagem | 20 - Estadiamento | 21 - ECOG | 22 - Finalidade |
|--------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------------------|-------------------|-----------|-----------------|

23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

24 - Informações relevantes

Tratamentos Anteriores

25 - Cirurgia

26 - Data da Realização

27 - Quimioterapia

28 - Data da Aplicação

Procedimentos Complementares

| 29-Data Prevista | 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Qtde. |
|------------------|-----------|---------------------------|--------------|----------|
| 01- | | | | |
| 02- | | | | |
| 03- | | | | |
| 04- | | | | |
| 05- | | | | |
| 06- | | | | |

| | | | | |
|-----------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| 34 - Número de Campos | 35 - Dose por dia (em Gy) | 36 - Dose Total (em Gy) | 37 - Número de Dias | 38 - Data Prevista para Início da Administração |
|-----------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------|---|

| 29-Data Prevista | 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Qtde. |
|------------------|-----------|---------------------------|--------------|----------|
| 07- | | | | |
| 08- | | | | |
| 09- | | | | |
| 10- | | | | |
| 11- | | | | |
| 12- | | | | |

39-Observação/Justificativa

| | | |
|--------------------------|---|---|
| 40 - Data da Solicitação | 41-Assinatura do Profissional Solicitante | 42-Assinatura do Autorizador da Operadora |
|--------------------------|---|---|