

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA



2- Nº Guia no Prestador: _____

1 - Registro ANS 31234-7	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	<p>Tratamentos Anteriores</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-bottom: 5px;">25 - Cirurgia</div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;">26 - Data da Realização ____/____/____</div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-bottom: 5px;">27 - Quimioterapia</div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;">28 - Data da Aplicação ____/____/____</div>
---------------------------------------	-----------------------------	--

Procedimentos Complementares

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

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

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 ____/____/____
--------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	---

39-Observação/Justificativa

40 - Data da Solicitação ____/____/____	41-Assinatura do Profissional Solicitante _____	42-Assinatura do Autorizador da Operadora _____
--	--	--