

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 - Peso (Kg)	10 - Altura (Cm)	11 - Superfície Corporal (m²)	12 - Idade	13 - Sexo
---------------	------------------	-------------------------------	------------	-----------

**Dados do Profissional Solicitante**

14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Telefone	16 - E-mail
---------------------------------------	---------------	-------------

**Diagnóstico Oncológico**

17 - Data do diagnóstico	18 - CID 10 Principal	19 - CID 10 (2)	20 - CID 10 (3)	21 - CID 10 (4)	26 - Plano Terapêutico
22 - Estadiamento	23 - Tipo de Quimioterapia	24 - Finalidade	25 - ECOG		

27 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

28 - Informações relevantes

**Medicamentos e Drogas solicitadas**

29-Data Prevista para Administração	30-Tabela	31-Código do Medicamento	32-Descrição	33-Doses	34-Via Adm	35-Freqüência
1-     /     /     /			_____			
2-     /     /     /			_____			
3-     /     /     /			_____			
4-     /     /     /			_____			
5-     /     /     /			_____			
6-     /     /     /			_____			
7-     /     /     /			_____			
8-     /     /     /			_____			

**Tratamentos Anteriores**

36- Cirurgia

37 - Data da Realização

38 - Área Irradiada

39 - Data da Aplicação

40- Número de Ciclos Previstos	41 - Ciclo Atual	42-Intervalo entre Ciclos ( em dias)	43 - Data da Solicitação	44-Assinatura do Profissional Solicitante	45-Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------------	------------------	--------------------------------------	--------------------------	---	---