



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

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 | 38 - Nome Social | 9 - Idade | 10 - Sexo

8 - Nome

Dados do Profissional Solicitante

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

Diagnóstico Oncológico

14 - Data do diagnóstico | 15 - CID 10 Principal (Opcional) | 16 - CID 10 (2) (Opcional) | 17 - CID 10 (3) (Opcional) | 18 - CID 10 (4) (Opcional) | 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

29 - Número de Campos | 30 - Dose por dia (em Gy) | 31 - Dose Total (em Gy) | 32 - Número de Dias | 33 - Data Prevista para Início da Administração

34 - Observação/Justificativa

35 - Data da Solicitação | 36 - Assinatura do Profissional Solicitante | 37 - Assinatura do Autorizador da Operadora