



## Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Nº da guia no prestador	2	Número do anexo no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório.  É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data da autorização	5	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira	7	Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

## Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome	8	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Peso(kg)	9	Peso do beneficiário	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura	10	Altura do beneficiário	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	11	Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade	12	Idade do beneficiário	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo	13	Sexo do beneficiário	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	14	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone	15	Telefone do profissional solicitante	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail	16	E-mail do profissional solicitante	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	17	Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
CID10 Principal	18	Diagnóstico principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

## Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
CID10 (2)	19	Diagnóstico secundário	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (3)	20	Terceiro diagnóstico	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
CID10 (4)	21	Quarto diagnóstico	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Estadiamento	22	Estadiamento do tumor	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	23	Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Finalidade	24	Código da finalidade do tratamento	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
ECOG	25	Escala de capacidade funcional	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Plano terapêutico	26	Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.

## Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico cito/histopatológico	27	Diagnóstico citopatológico e histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	28	Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Data prevista para Administração	29	Data prevista para administração do tratamento	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Tabela	30	Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento	31	Código do medicamento solicitado	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição	32	Descrição do medicamento solicitado	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses	33	Doses solicitadas do medicamento	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Via adm	34	Via de administração do medicamento	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência	35	Frequência de doses do medicamento solicitado	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.

## Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

<b>Termo</b>	<b>Num. do Campo na guia</b>	<b>Nome do campo na guia</b>	<b>Tipo</b>	<b>Tamanho</b>	<b>Formato</b>	<b>Descrição</b>	<b>Condição de Preenchimento</b>
Cirurgia	36	Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	37	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	38	Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação	39	Data da aplicação da última radioterapia	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Observação/Justificativa	40	Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Número de ciclos previstos	41	Número de ciclos de quimioterapia previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual	42	Ciclo atual do tratamento quimioterápico	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos	43	Intervalo entre ciclos de quimioterapia	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Data da solicitação	44	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

## Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

<b>Termo</b>	<b>Num. do Campo na guia</b>	<b>Nome do campo na guia</b>	<b>Tipo</b>	<b>Tamanho</b>	<b>Formato</b>	<b>Descrição</b>	<b>Condição de Preenchimento</b>
Assinatura do profissional solicitante	45	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	46	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.