

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Referenciada

4 - Senha

5 - Data da Autorização

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

7 - Número da Carteira

38 - Nome Social

9 - Idade

10 - Sexo

Dados do Beneficiário

8 - Nome

11 - Nome do Profissional Solicitante

12 - Telefone

13 - E-mail

Dados do Profissional Solicitante

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

Diagnóstico Oncológico

23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

Tratamentos Anteriores

25 - Cirurgia

Tratamentos Anteriores

24 - Informações relevantes

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