



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS **413518** 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

Tratamentos Anteriores

25 - Cirurgia

26 - Data da Realização _____/_____/_____

27 - Quimioterapia

28 - Data da Aplicação _____/_____/_____

Procedimentos Complementares

29-Data Prevista	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Qtde.	29-Data Prevista	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Qtde.
01-____/____/____	_____	_____	_____	_____	07-____/____/____	_____	_____	_____	_____
02-____/____/____	_____	_____	_____	_____	08-____/____/____	_____	_____	_____	_____
03-____/____/____	_____	_____	_____	_____	09-____/____/____	_____	_____	_____	_____
04-____/____/____	_____	_____	_____	_____	10-____/____/____	_____	_____	_____	_____
05-____/____/____	_____	_____	_____	_____	11-____/____/____	_____	_____	_____	_____
06-____/____/____	_____	_____	_____	_____	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 _____