



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 378216	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 (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

Tratamentos Anteriores

25 - Cirurgia

26 - Data da Realização
___/___/___

24 - Informações relevantes

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 _____
---	--	--