



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 413518	3 - Número 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 - Email
---------------------------------------	---------------	------------

Diagnóstico Oncológico

14 - Data do diagnóstico	15-CID10 Principal (opcional)	16-CID10(2) (opcional)	17-CID10(3) (opcional)	18-CID10(4) (opcional)	19 - Diagnóstico por Imagem	20 - Estadiamento	21 - ECOG	22 - Finalidade
--------------------------	-------------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	-----------------------------	-------------------	-----------	-----------------

23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

Tratamentos Anteriores

25 - Cirurgia

26 - Data da Realização

27 - Quimioterapia

28 - Data da aplicação

24 - Informações Relevantes

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
--------------------------	---	---