

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA



2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS: **33766-8** 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: _____