



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS _3_ _3_ _4_ _1_ _8_ _9_	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
|_|_|/|_|_|/|_|_|

34 - Observação/Justificativa

35 - Data da Solicitação _ _ / _ _ / _ _	36 - Assinatura do Profissional Solicitante	37 - Assinatura do Autorizador da Operadora
--	---	---