



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

1 - Registro ANS _____	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 _____
--	--	--