postalsaúde

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

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
|___|___| / |___|___| / |___|___|___|___|		