



# ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS <b>410128</b>	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
--------------------------	---	---