CAPESESP

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador

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	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	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 o Início da Administração
|___|___|___|	|___|___|___|___|	|___|___|___|___|	|___|___|___|	|___|___| / |___|___| / |___|___|___|___|

34 - Observação /Justificativa

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