

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 - Peso (Kg) ____,____	10 - Altura (Cm) ____,____	11 - Superfície Corporal (m) ____,____	12 - Idade _____	13 - Sexo ____

Dados do Profissional Solicitante

14 - Nome do Profissional Solicitante _____	15 - Telefone (____) _____ - _____	16 - E-mail _____
--	---------------------------------------	----------------------

Diagnóstico Oncológico

17 - Data do Diagnóstico ____/____/____	18 - CID 10 Principal (Opcional) _____	19 - CID 10 (2) (Opcional) _____	20 - CID 10 (3) (Opcional) _____	21 - CID 10 (4) (Opcional) _____	29 - Plano Terapêutico 	
22 - Estadiamento ____	23 - Tipo de Quimioterapia ____	24 - Finalidade ____	25 - ECOG ____	26 - Tumor ____		27 - Nódulo ____

30 - Diagnóstico Cito/Histopatológico 	31 - Informações relevantes
---	---

Medicamentos e Drogas Solicitadas

31 - Data Prevista para Início da Administração	33 - Tabela	34 - Código do Medicamento	35 - Descrição	36 - Dosagem total no ciclo	37 - Unidade de Medida	38 - Via Adm	39 - Frequência	40 - Cirurgia 41 - Data da Realização ____/____/____ 42 - Área Irradiada 43 - Data da Aplicação ____/____/____
1- ____/____/____	____	_____	_____	____,____,____	_____	____	____	
2- ____/____/____	____	_____	_____	____,____,____	_____	____	____	
3- ____/____/____	____	_____	_____	____,____,____	_____	____	____	
4- ____/____/____	____	_____	_____	____,____,____	_____	____	____	
5- ____/____/____	____	_____	_____	____,____,____	_____	____	____	
6- ____/____/____	____	_____	_____	____,____,____	_____	____	____	
7- ____/____/____	____	_____	_____	____,____,____	_____	____	____	
8- ____/____/____	____	_____	_____	____,____,____	_____	____	____	

44 - Observação / Justificativa

45 - Número de Ciclos Previstos _____	46 - Ciclo Atual _____	47 - Nº de dias do Ciclo Atual _____	48 - Intervalo entre Ciclos (em dias) _____	49 - Data da Solicitação ____/____/____	50 - Assinatura do Profissional Solicitante _____	51 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____
--	---------------------------	---	--	--	--	--