

| | | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------|---|--|
| 1 - Registro ANS 350141 | 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 (m²) ____ | 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) _____ | 26 - Plano Terapêutico _____ |
| 22 - Estadiamento __ | 23 - Tipo de Quimioterapia __ | 24 - Finalidade __ | 25 - ECOG __ | | |

27 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

28 - Informações relevantes

Medicamentos e Drogas solicitadas

| 29-Data Prevista para Administração | 30-Tabela | 31-Código do Medicamento | 32-Descrição | 33-Doses | 34-Via Adm | 35-Frequência |
|-------------------------------------|-----------|--------------------------|--------------|----------|------------|---------------|
| 1- ____/____/____ | ____ | _____ | _____ | ____ | __ | __ |
| 2- ____/____/____ | ____ | _____ | _____ | ____ | __ | __ |
| 3- ____/____/____ | ____ | _____ | _____ | ____ | __ | __ |
| 4- ____/____/____ | ____ | _____ | _____ | ____ | __ | __ |
| 5- ____/____/____ | ____ | _____ | _____ | ____ | __ | __ |
| 6- ____/____/____ | ____ | _____ | _____ | ____ | __ | __ |
| 7- ____/____/____ | ____ | _____ | _____ | ____ | __ | __ |
| 8- ____/____/____ | ____ | _____ | _____ | ____ | __ | __ |

Tratamentos Anteriores

36- Cirurgia

37 - Data da Realização
____/____/____

38 - Área Irrradiada

39 - Data da Aplicação
____/____/____

40-Observação / Justificativa

| | | | | | |
|---|--------------------------|--|--|--|--|
| 41 - Número de Ciclos Previstos ____ | 42 - Ciclo Atual ____ | 43-Intervalo entre Ciclos (em dias) ____ | 44 - Data da Solicitação ____/____/____ | 45-Assinatura do Profissional Solicitante _____ | 46-Assinatura do Responsável pela Autorização _____ |
|---|--------------------------|--|--|--|--|