casec

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS: 41.229-5

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