

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 (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 \_\_\_\_\_ 19 - CID 10 (2) \_\_\_\_\_ 20 - CID 10 (3) \_\_\_\_\_ 21 - CID 10 (4) \_\_\_\_\_ 26 - Plano Terapêutico \_\_\_\_\_

22 - Estadiamento \_\_\_\_\_ 23 - Tipo de Quimioterapia \_\_\_\_\_ 24 - Finalidade \_\_\_\_\_ 25 - ECOG \_\_\_\_\_

27 - Diagnóstico Cito/Histopatológico \_\_\_\_\_ 28 - Informações relevantes \_\_\_\_\_

### Medicamentos e Drogas solicitadas

Medicamentos e Drogas solicitadas						Tratamentos Anteriores	
29-Data prevista para adm.	30-Tabela	31-Código do Medicamento	32-Descrição	33-Doses	34-Via Adm	35-Freq.	36- Cirurgia
1- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	37 - Data da Realização _____
4- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	38 - Área Irrradiada _____
5- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	39 - Data da Aplicação _____
8- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

### 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 \_\_\_\_\_