AMEPLAN Saúde

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2-NºGuia no Prestador

1-Registro ANS	3-Número da Guia Referenciada	4-Senha	5-Data da Autorização	6-Número da Guia Atribuído pela Operadora
39.473-4				

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

	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 Irradiada	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

Logo da Empresa

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuido 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 - PlanoTerapêutico
__/__/____	____	____	____	____	

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 Irradiada	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
__	__	__	__/__/____		