ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador

AMEPLAN Saúde

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 - 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	16 - CID 10 (2)	17 - CID 10 (3)	18 - CID 10 (4)	19 - Diagnóstico por Imagem	20 - Estadiamento	21 - ECOG	22 - Finalidade
__/__/____								

23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico	24 - Informações relevantes

25 - Cirurgia

26 - Data da Realização

27 - Quimioterapia

28 - Data da Aplicação

Procedimentos Complementares

	29-Data Prevista	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Qtde.
01-	__/__/____				
02-	__/__/____				
03-	__/__/____				
04-	__/__/____				
05-	__/__/____				
06-	__/__/____				
07-	__/__/____				
08-	__/__/____				
09-	__/__/____				
10-	__/__/____				
11-	__/__/____				
12-	__/__/____				

34 - Número de Campos	35 - Dose por dia (em Gy)	36 - Dose Total (em Gy)	37 - Número de Dias	38 - Data Prevista para Início da Administração
				__/__/____

39-Observação/Justificativa

40 - Data da Solicitação	41-Assinatura do Profissional Solicitante	42-Assinatura do Autorizador da Operadora
__/__/____		