



# ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador

SABIN SINAI - VITA ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA

|                                       |                                 |           |                         |   |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----------|-------------------------|---|
| 1 - Registro ANS<br>ANS - n.º 41490-0 | 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 | 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

**Tratamentos Anteriores**

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