



1 - Registro ANS 3 5 5 1 5 1	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 - CID10 Principal (Opcional)	19 - CID10 (2) (Opcional)	20 - CID10 (3) (Opcional)	21 - CID 10 (4) (Opcional)	29 - Plano Terapêutico	
22 - Estadiamento	23 - Tipo de Quimioterapia	24 - Finalidade	25 - ECOG	26 - Tumor		27 - Nódulo

30 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

30 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

31 - Informações relevantes

31 - Informações relevantes

Medicamentos e Drogas solicitadas

32-Data Prevista para Início da Administração	33-Tabela	34-Código do Medicamento	35-Descrição	36-Dosagem total no ciclo	37-Unidade de Medida	38-Via Adm	39-Frequência
1-       /       /							
2-       /       /							
3-       /       /							
4-       /       /							
5-       /       /							
6-       /       /							
7-       /       /							
8-       /       /							

Tratamentos Anteriores

40- Cirurgia
41 - Data da Realização
42 - Área Irradiada
43 - Data da Aplicação

44-Observação / Justificativa

44-Observação / Justificativa

45- Número de Ciclos Previstos	46 - Ciclo Atual	47-Nº de dias do Ciclo Atual	48-Intervalo entre Ciclos ( em dias)	49 - Data da Solicitação	50-Assinatura do Profissional Solicitante	51-Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------------	------------------	------------------------------	--------------------------------------	--------------------------	---	---