

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

23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

Tratamentos Anteriores

25 - Cirurgia _____

26 - Data da Realização ____/____/____
--

24 - Informações relevantes

27 - Quimioterapia _____
--

28 - Data da Aplicação ____/____/____

29 - Número de Campos ____	30 - Dose por dia (em Gy) ____	31 - Dose Total (em Gy) ____	32 - Número de Dias ____	33 - Data Prevista para Início da Administração ____/____/____
--------------------------------------	--	---	------------------------------------	--

34-Observação/Justificativa

35 - Data da Solicitação ____/____/____	36 - Assinatura do Profissional Solicitante _____	37 - Assinatura do Autorizador da Operadora _____
---	---	---

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	1	Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número do anexo no prestador	2	Nº da guia no prestador	String	20		Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
Número da guia referenciada	3	Número da guia referenciada	String	20		Número da guia à qual o anexo está vinculado.	Obrigatório.
Senha	4	Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha.
Data da autorização	5	Data da autorização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Idade do beneficiário	9	Idade	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	10	Sexo	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	11	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	12	Telefone	String	11		Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	13	E-mail	String	60		Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
Data do diagnóstico	14	Data do diagnóstico	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicional. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
Diagnóstico principal	15	CID10 Principal	String	4		Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico secundário	16	CID10 (2)	String	4		Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Terceiro diagnóstico	17	CID10 (3)	String	4		Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Quarto diagnóstico	18	CID10 (4)	String	4		Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão	Opcional.
Código do diagnóstico por imagem	19	Diagnóstico por imagem	String	1		Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29.	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
Estadiamento do tumor	20	Estadiamento	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	21	ECOG	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código da finalidade do tratamento	22	Finalidade	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	23	Diagnóstico cito/histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	24	Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Cirurgia	25	Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	26	Data de Realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicional. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Quimioterapia	27	Quimioterapia	String	40		Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicional. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data da aplicação da última quimioterapia	28	Data da aplicação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
Número de campos	29	Número de campos	Integer	3		Número de campos de irradiação	Obrigatório.
Dose de radioterápico por dia	30	Dose por dia (em Gy)	Integer	4		Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
Dose total de radioterápico	31	Dose total (em Gy)	Integer	4		Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
Número de dias previstos de tratamento	32	Número de dias	Integer	3		Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Data prevista para início da administração	33	Data revista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
Observação / Justificativa	34	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Data da solicitação	35	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

Legenda do Anexo de Solicitação Radioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Assinatura do profissional solicitante	36	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	37	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.