



# ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS  
38352-0

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 - Peso (kg) 10 - Altura (Cm) 11 - Superfície Corporal (m<sup>2</sup>) 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)

22 - Estadiamento 23 - Tipo de Quimioterapia 24 - Finalidade 25 - ECOG

26 - Plano Terapêutico

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- / /	1- / /	1- / /	1- / /	1- / /	1- / /	1- / /
2- / /	2- / /	2- / /	2- / /	2- / /	2- / /	2- / /
3- / /	3- / /	3- / /	3- / /	3- / /	3- / /	3- / /
4- / /	4- / /	4- / /	4- / /	4- / /	4- / /	4- / /
5- / /	5- / /	5- / /	5- / /	5- / /	5- / /	5- / /
6- / /	6- / /	6- / /	6- / /	6- / /	6- / /	6- / /
7- / /	7- / /	7- / /	7- / /	7- / /	7- / /	7- / /
8- / /	8- / /	8- / /	8- / /	8- / /	8- / /	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