

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 - 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 - CID 10 Principal _____	19 - CID 10 (2) _____	20 - CID 10 (3) _____	21 - CID 10 (4) _____	26 - Plano Terapêutico _____ _____
22 - Estadiamento ____	23 - Tipo de Quimioterapia ____	24 - Finalidade ____	25 - ECOG ____		

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-____/____/____	____	_____	_____	_____	____	____
2-____/____/____	____	_____	_____	_____	____	____
3-____/____/____	____	_____	_____	_____	____	____
4-____/____/____	____	_____	_____	_____	____	____
5-____/____/____	____	_____	_____	_____	____	____
6-____/____/____	____	_____	_____	_____	____	____
7-____/____/____	____	_____	_____	_____	____	____
8-____/____/____	____	_____	_____	_____	____	____

**Tratamentos Anteriores**

36 - Cirurgia _____
37 - Data da Realização ____/____/____
38 - Área Irrradiada _____
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 _____
---	--------------------------	---	--	--	--

## Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

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	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora 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.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Número da guia atribuído pela operadora	6	Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Número da carteira do beneficiário	7	Número da carteira	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

## Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do beneficiário	8	Nome	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Peso do beneficiário	9	Peso(kg)	Numérico	3,2		Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
Altura do beneficiário	10	Altura	Numérico	3,2		Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
Superfície corporal	11	Superfície corporal	Numérico	2,2		Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados	Obrigatório.
Idade do beneficiário	12	Idade	Integer	3		Idade do beneficiário	Obrigatório.
Sexo do beneficiário	13	Sexo	String	1		Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	14	Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
Telefone do profissional solicitante	15	Telefone	String	11		Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
E-mail do profissional solicitante	16	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	17	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	18	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 Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico secundário	19	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	20	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	21	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.
Estadiamento do tumor	22	Estadiamento	String	1		Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.	Obrigatório.
Tipo de quimioterapia	23	Tipo de quimioterapia	String	1		Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.	Obrigatório.
Código da finalidade do tratamento	24	Finalidade	String	1		Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.	Obrigatório.
Escala de capacidade funcional	25	ECOG	String	1		Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.	Obrigatório.
Plano terapêutico	26	Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.

## Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	27	Diagnóstico cito/histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	28	Informações relevantes	String	1000		Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
Data prevista para administração do tratamento	29	Data prevista para Administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	30	Tabela	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do medicamento solicitado	31	Código do medicamento	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	32	Descrição	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Doses solicitadas do medicamento	33	Doses	Numérico	3,2		Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	34	Via adm	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	35	Frequência	Integer	2		Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia.	Obrigatório.

## Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Cirurgia	36	Cirurgia	String	40		Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Data de realização	37	Data de realização	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
Área irradiada	38	Área irradiada	String	40		Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
Data da aplicação da última radioterapia	39	Data da aplicação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
Observação / Justificativa	40	Observação/Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
Número de ciclos de quimioterapia previstos	41	Número de ciclos previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos de tratamento	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	42	Ciclo atual	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	43	Intervalo entre ciclos	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
Data da solicitação	44	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

### Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

<b>Termo</b>	<b>Num. do Campo na guia</b>	<b>Nome do campo na guia</b>	<b>Tipo</b>	<b>Tamanho</b>	<b>Formato</b>	<b>Descrição</b>	<b>Condição de Preenchimento</b>
Assinatura do profissional solicitante	45	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	46	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.