

Logótipo da Empresa

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

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-CID10Principal (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 ____	28 - Metástase ____

30 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

31 - Informações relevantes

Medicamentos e Drogas solicitadas									Tratamentos Anteriores	
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	40- Cirurgia		
1-____ ____ ____ ____ ____ ____	____	____ ____ ____ ____ ____	_____	____ ____ ____ ____ ____ ____	____	____	____			
2-____ ____ ____ ____ ____ ____	____	____ ____ ____ ____ ____	_____	____ ____ ____ ____ ____ ____	____	____	____	41 - Data da Realização ____ ____ ____ ____ ____ ____		
3-____ ____ ____ ____ ____ ____	____	____ ____ ____ ____ ____	_____	____ ____ ____ ____ ____ ____	____	____	____	42 - Área Irrradiada _____		
4-____ ____ ____ ____ ____ ____	____	____ ____ ____ ____ ____	_____	____ ____ ____ ____ ____ ____	____	____	____	43 - Data da Aplicação ____ ____ ____ ____ ____ ____		
5-____ ____ ____ ____ ____ ____	____	____ ____ ____ ____ ____	_____	____ ____ ____ ____ ____ ____	____	____	____			
6-____ ____ ____ ____ ____ ____	____	____ ____ ____ ____ ____	_____	____ ____ ____ ____ ____ ____	____	____	____			
7-____ ____ ____ ____ ____ ____	____	____ ____ ____ ____ ____	_____	____ ____ ____ ____ ____ ____	____	____	____			
8-____ ____ ____ ____ ____ ____	____	____ ____ ____ ____ ____	_____	____ ____ ____ ____ ____ ____	____	____	____			
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 _____
--	--------------------------	--------------------------------------	--	--	--	--

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.	Condicionado. 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.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.

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 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.
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.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
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.
Tumor	26	Tumor	String	1		Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67	Obrigatório.
Nódulo	27	Nódulo	String	1		Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66	Obrigatório.
Metástase	28	Metástase	String	1		Classificação da metástase conforme tabela de domínio nº 65	Obrigatório.
Plano terapêutico	29	Plano terapêutico	String	1000		Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante	Obrigatório.
Diagnóstico citopatológico e histopatológico	30	Diagnóstico cito/histopatológico	String	1000		Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
Informações relevantes	31	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.

Legenda do Anexo de Solicitação Quimioterapia

Termo	Num. do Campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Data prevista para o início da administração do medicamento	32	Data prevista para início da administração	Date	8	DDMMAAAA	Data prevista para o início da administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico	Obrigatório.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	33	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	34	Código do medicamento	String	10		Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do medicamento solicitado	35	Descrição	String	150		Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
Dosagem do medicamento	36	Dosagem total no ciclo	Numérico	5,2		Dosagem total do medicamento no ciclo atual.	Obrigatório.
Unidade de medida do medicamento	37	Unidade de medida	String	3		Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.	Obrigatório.
Via de administração do medicamento	38	Via adm	String	2		Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.	Obrigatório.
Frequência de doses do medicamento solicitado	39	Frequência	Integer	2		Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.	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	40	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	41	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	42	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	43	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	44	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	45	Número de ciclos previstos	Integer	2		Número de ciclos previstos no tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Ciclo atual do tratamento quimioterápico	46	Ciclo atual	Integer	2		Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Número de dias do ciclo atual	47	Número de dias do ciclo atual	Integer	3		Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.	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
Intervalo entre ciclos de quimioterapia	48	Intervalo entre ciclos	Integer	3		Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.	Obrigatório.
Data da solicitação	49	Data da solicitação	Date	8	DDMMAAAA	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Assinatura do profissional solicitante	50	Assinatura do profissional solicitante				Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
Assinatura do responsável pela autorização	51	Assinatura do responsável pela autorização				Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.