Unimed Norte Paulista

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador

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