Caberj
Caixa de Assistência à Saúde

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2-Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data de 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

14 - Data do Diagnóstico	15 - CID 10 principal	16 - CID 10 (2)	17 - CID (3)	18 - CID (4)	19 - Diagnótico por Imagem	20 - Estagiamento	21 - ECOG	22 - Finalidade
/ /								

23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico	24 - Informações Relevantes

Tratamentos Anteriores

25 - Cirurgia

26 - Data da Realização / /

27 - Quimioterapia

28 - Data da Aplicação / /

Procedimentos Complementares

	29 - Data Prevista	30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Qtde.
01	/ /				,
02	/ /				,
03	/ /				,
04	/ /				,
05	/ /				,
06	/ /				,

	29 - Data Prevista	30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Qtde.
07	/ /				,
08	/ /				,
09	/ /				,
10	/ /				,
11	/ /				,
12	/ /				,

34 - Número de Campos	35 - Dose por dia (em Gy)	36 - Dose Total (em Gy)	37 - Número de Dias	38 - Data Prevista para Iníco da Administração
				/ /

39 - Data da Solicitação	40 - Assinatura do Profissional Solicitante	41 - Assinatura do Autorizador da Operadora
/ /		