MAPFRE | SAÚDE

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

16 - CID 10 (2)

17 - CID 10 (3)

18 - CID 10 (4)

19 - Diagnóstico por Imagem

20 - Estadiamento

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 Início da Administração

39-Observação/Justificativa

40 - Data da Solicitação

41-Assinatura do Profissional Solicitante

42-Assinatura do Autorizador da Operadora