

1 - Registro ANS 32186-9	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 (m ²)	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 (Opcional)	19 - CID 10 (2) (Opcional)	20 - CID 10 (3) (Opcional)	21 - CID 10 (4) (Opcional)	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 Irradiada
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
---------------------------------	------------------	---------------------------------------	--------------------------	---	---