



Rua Dona Anita Mayer, 131/139 - Botafogo
 CEP 13.020-350 - Campinas/SP
 e-mail: coopus@coopus.com.br
 Fone: 0800 940 9707 - SAC
 Fone: (19) 2102-9700 - Administração

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador

Planos de Saúde

1 - Registro ANS ANS - nº 41916-8	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 - CID 10 Principal (Opcional)	19 - CID 10 (2) (Opcional)	20 - CID 10 (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

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- _ / _ / _ / _ / _	_	_	_	_	_	_	_	41 - Data da Realização _ / _ / _ / _ / _
2- _ / _ / _ / _ / _	_	_	_	_	_	_	42 - Área Irradiada	
3- _ / _ / _ / _ / _	_	_	_	_	_	_		
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
--------------------------------	------------------	--------------------------------	--------------------------------------	--------------------------	---	---