

Número da Guia Referenciada	Senha	Data da Autorização	Número da Guia Atribuído pela Operadora
-----------------------------	-------	---------------------	---

Dados do Beneficiário

Número da Carteira	Nome	Nome Social
Peso (Kg)	Altura (Cm)	Superfície Corporal (m²)
		Idade
		Sexo

Dados do Profissional Solicitante

Nome do Profissional Solicitante	Telefone	Email
----------------------------------	----------	-------

Diagnóstico Oncológico

Data do Diagnóstico	CID 10 Principal (Opcional)	CID 10 (2) (Opcional)	CID 10 (3) (Opcional)	CID 10 (4) (Opcional)	Plano Terapêutico
Estadiamento	Tipo de Quimioterapia	Finalidade	ECOG	Tumor	Nódulo
				Metástase	

Diagnóstico Cito/Histopatológico	Informações relevantes
----------------------------------	------------------------

Medicamentos e Drogas Solicitadas

Data Prevista para Início da Administração	Tabela	Código do Medicamento	Descrição	Dosagem total no ciclo	Unidade de Medida	Via Adm	Frequência	Cirurgia
01 -								
02 -								
03 -								
04 -								
05 -								
06 -								
07 -								
08 -								
09 -								

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

Tabela	Código do Procedimento ou item Assistencial	Descrição	Qtde. Solic.	Qtde. Aut.
01 -				
02 -				
03 -				
04 -				

OPME Solicitadas

Tabela	Código do Material	Descrição	Opção	Qtde. Solicitada	Valor Unitário Solicitado	Qtde. Autorizada	Valor Unitário Autorizado
		Referência do material no fabricante	Nº de Autorização de Funcionamento				
01 -							
02 -							

Observação / Justificativa

Número de Ciclos Previstos	Ciclo Atual	Nº de dias do Ciclo Atual	Intervalo entre Ciclos (em dias)	Data da Solicitação	Assinatura do Profissional Solicitante	Assinatura do Responsável pela Autorização
----------------------------	-------------	---------------------------	----------------------------------	---------------------	--	--