

Utiliza-se na solicitação de autorização para utilização de tratamento quimioterápico. Deve ser utilizada para se referenciar a guia de SP/SADT ou guia de Solicitação de Internação a qual o anexo está vinculado.

- 02 - Nº Guia no Prestador - Número que identifica a guia no prestador de serviços. *Preencher o número que identifica a guia no prestador de serviços.* - Obrigatório
- 03 - Número da Guia Referenciada - Número da guia à qual o anexo está vinculado. *Preencher o número que identifica a guia principal a qual está vinculado.* - Obrigatório
- 04 - Senha - Senha de autorização fornecida pela operadora. *Preencher em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.* - Condicionado
- 05 - Data de Autorização - Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, em que a autorização pela operadora.* - Condicionado
- 06 - Número da Guia Atribuído pela Operadora - Número que identifica a guia atribuído pela operadora. *Preencher caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.* - Condicionado

DADOS DO BENEFICIÁRIO

- 07 - Número da Carteira - Número da carteira do beneficiário na operadora. *Preencher o número de inscrição do beneficiário atendido (10 dígitos) localizado à esquerda do cartão.* - Obrigatório
- 08 - Nome - Nome do beneficiário - Obrigatório
- 09 - Peso (kg) - Peso do beneficiário em quilos. – Obrigatório
- 10 - Altura (Cm) - Altura do beneficiário em centímetros. - Obrigatório
- 11 - Superfície Corporal (M²) - Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados. - Obrigatório
- 12 - Idade - Idade do beneficiário. - Obrigatório
- 13 - Sexo - Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43. *Utilizar código "1" para termo Masculino ou "2" para termo Feminino.* - Obrigatório

DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

- 14 - Nome do Profissional Solicitante - Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial. - Obrigatório
- 15 - Telefone - Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial. – Obrigatório
- 16 - E-mail - Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial. *Preencher caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.* - Condicionado

DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

- 17 - Data do diagnóstico - Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.* - Condicionado
- 18 - CID 10 Principal - Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10ª revisão. - Opcional
- 19 - CID 10 (2) - Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10ª revisão. - Opcional
- 20 - CID 10 (3) - Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão. - Opcional
- 21 - CID 10 (4) - Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão. – Opcional
- 22 - Estadiamento - Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31. *Utilizar código "1" para termo I, "2" para termo II, "3" para termo III, "4" para termo IV ou "5" para termo Não se aplica.* - Obrigatório
- 23 - Tipo de Quimioterapia - Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58. *Utilizar código "1" para termo 1ª linha, "2" para termo 2ª linha, "3" para termo 3ª linha, "4" para termo Outras linhas.* - Obrigatório
- 24 - Finalidade - Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33. *Utilizar código "1" para termo Curativa, "2" para termo Neoadjuvante, "3" para termo Adjuvante, "4" para termo Paliativa ou "5" para termo Controle.* - Obrigatório
- 25 - ECOG - Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30. - Obrigatório
- 26 - Plano Terapêutico - Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante. - Obrigatório
- 27 - Diagnóstico Cito/Histopatológico - Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico. – Opcional
- 28 - Informações Relevantes - Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso. *Preencher caso haja informações relevantes que facilite tanto o entendimento do caso quanto a autorização do procedimento.* - Condicionado

MEDICAMENTOS E DROGAS SOLICITADAS

- 29 - Data Prevista para Administração - Data prevista para administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, de previsão da administração medicamentosa.* - Obrigatório
- 30 - Tabela - Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87. - Obrigatório
- 31 - Código do Medicamento - Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio. - Obrigatório
- 32 - Descrição - Descrição do medicamento solicitado - Obrigatório
- 33 - Doses - Doses previstas do medicamento no tratamento quimioterápico. - Obrigatório
- 34 - Via Adm - Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62. - Obrigatório
- 35 - Frequência - Quantidade de doses do medicamento a serem administradas no dia. - Obrigatório

TRATAMENTOS ANTERIORES

- 36 - Cirurgia - Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente. *Preencher em caso de cirurgia realizada anteriormente.* - Condicionado
- 37 - Data da Realização - Data em que o atendimento/procedimento foi realizado. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, em caso de procedimento cirúrgico realizado anteriormente.* - Condicionado
- 38 - Área Irradiada - Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior. *Preencher a informação em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.* - Condicionado

- 39 - Data da Aplicação - Data em que foi realizada a radioterapia anterior. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.* - Condicionado
- 40 – Observação / Justificativa - Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário. - Opcional
- 41 - Número de Ciclos Previstos - Número de ciclos previstos de tratamento. - Obrigatório
- 42 - Ciclo Atual - Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico. - Obrigatório
- 43 - Intervalos entre Ciclos (em dias) - Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento. - Obrigatório
- 44 - Data da Solicitação - Data em que o profissional solicita os procedimentos ou itens assistenciais. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, da solicitação medicamentosa.* - Obrigatório
- 45 - Assinatura do Profissional Solicitante - Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação. - Obrigatório
- 46 - Assinatura do Responsável pela Autorização - Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora. – Obrigatório