

**ANS Nº 34.333-1 Instrução de Preenchimento – Anexo de Solicitação de Radioterapia - RN 305 08/10/2012 e IN 51 08/10/2012.**

Utiliza-se na solicitação de autorização de tratamento de radioterapia. 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 com 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 com o número que identifica a guia principal a qual está vinculado.* - Obrigatório
- 04 - Senha - Senha de autorização emitida 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 foi concedida 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 - Idade - Idade do beneficiário. - Obrigatório
- 10 - 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**

- 11 - Nome do Profissional Solicitante - Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial. - Obrigatório
- 12 - Telefone - Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial - Obrigatório
- 13 - 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**

- 14 - 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
- 15 - CID 10 Principal - Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10ª revisão. - Opcional
- 16 - CID 10 (2) - Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10ª revisão. - Opcional
- 17 - CID 10 (3) - Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10ª revisão. - Opcional
- 18 - CID 10 (4) - Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - 10ª revisão. - Opcional
- 19 - Diagnóstico por Imagem - Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem, conforme tabela de domínio nº 29. *Preencher quando houver alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia sendo utilizada. Utilizar código “1” para termo Tomografia, “2” para termo Ressonância Magnética, “3” para termo Raios-X, “4” para termo Outras, “5” para termo Ultrassonografia ou “6” para termo PET.* - Condicionado
- 20 - 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
- 21 - ECOG - Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30. - Obrigatório
- 22 - 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
- 23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico - Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico. - Opcional
- 24 - 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

**TRATAMENTOS ANTERIORES**

- 25 - Cirurgia - Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente. *Preencher em caso de cirurgia realizada anteriormente.* - Condicionado
- 26 - 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
- 27 - Quimioterapia - Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia. *Preencher a informação em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.* - Condicionado
- 28 - Data da Aplicação - Data em que foi realizada a quimioterapia anterior. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.* – Condicionado

## **PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES**

- 29 - Data Prevista - Data prevista para administração da radioterapia. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, de previsão da administração radioterápica.* - 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 Procedimento - Código identificador do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio. - Obrigatório
- 32 - Descrição - Descrição do procedimento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio. - Obrigatório
- 33 - Qtde. - Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador. – Obrigatório
- 34 - Número de Campos - Número de campos de irradiação. - Obrigatório
- 35 - Dose por dia (em Gy) - Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento. - Obrigatório
- 36 - Dose Total (em Gy) - Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária. - Obrigatório
- 37 - Número de Dias - Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante. - Obrigatório
- 38 - Data Prevista para Início da Administração - Data prevista para início da administração da radioterapia. - Obrigatório
- 39 - Observação / Justificativa - Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário. - Opcional
- 40 - Data da Solicitação - Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, da solicitação radioterápica.* - Obrigatório
- 41 - Assinatura do Profissional Solicitante - Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação. - Obrigatório
- 42 - Assinatura do Autorizador da Operadora - Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora. – Obrigatório