



CAMPERJ

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS _____	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 - Idade ____	10 - Sexo ____
---------------------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Dados do Profissional Solicitante

11 - Nome do Profissional Solicitante _____	12 - Telefone (____) _____	13 - E-mail _____
--	-------------------------------	----------------------

Diagnóstico Oncológico

14 - Data do diagnóstico ____/____/____	15 - CID 10 Principal (Opcional) _____	16 - CID 10 (2) (Opcional) _____	17 - CID 10 (3) (Opcional) _____	18 - CID 10 (4) (Opcional) _____	19 - Diagnóstico por Imagem ____	20 - Estadiamento ____	21 - ECOG ____	22 - Finalidade ____
--	---	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------------	-------------------------

23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

24 - Informações relevantes

Tratamentos Anteriores

25 - Cirurgia

26 - Data da Realização
____/____/____

27 - Quimioterapia

28 - Data da Aplicação
____/____/____

Procedimentos Complementares

29-Data Prevista	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Qtde.
01-____/____/____	_____	_____	_____	_____
02-____/____/____	_____	_____	_____	_____
03-____/____/____	_____	_____	_____	_____
04-____/____/____	_____	_____	_____	_____
05-____/____/____	_____	_____	_____	_____
06-____/____/____	_____	_____	_____	_____

29-Data Prevista	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Qtde.
07-____/____/____	_____	_____	_____	_____
08-____/____/____	_____	_____	_____	_____
09-____/____/____	_____	_____	_____	_____
10-____/____/____	_____	_____	_____	_____
11-____/____/____	_____	_____	_____	_____

34 - Número de Campos _____	35 - Dose por dia (em Gy) _____	36 - Dose Total (em Gy) _____	37 - Número de Dias _____	38 - Data Prevista para Início da Administração ____/____/____
--------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	---

39-Observação/Justificativa

40 - Data da Solicitação ____/____/____	41-Assinatura do Profissional Solicitante _____	42-Assinatura do Autorizador da Operadora _____
--	--	--