



SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

DATA DO PEDIDO

/ /20

DATA PREVISTA

/ /20

ANS Nº: 40701-1

OPERADORA

GAMA SAÚDE LTDA

ESTIPULANTE

DADOS DO PACIENTE (USUARIO OU BENEFICIARIO)

NOME DO USUARIO

CÓDIGO DO USUARIO

PLANO DO BENEFICIÁRIO

DT NASCIMENTO

IDADE

SEXO

Masc. Fem.

PESO

ALTURA

SUP. CORPORAL

DADOS DO SOLICITANTE E DO EXECUTOR

NOME DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

UF

DDD

TELEFONE CONTATO

VINCULAÇÃO À OPERADORA

Credenciado /Ref. Livre Escolha / Particular Vinculado à Clin/Hosp.

EMAIL DO SOLICITANTE

DDD

FAX DE CONTATO

NOME DO PRESTADOR EXECUTOR (CREDENCIADO/REFERENCIADO)

CNPJ DO PRESTADOR

DDD TELEFONE CONTATO

DDD

FAX DE CONTATO

EMAIL DO PRESTADOR / EXECUTOR (CREDENCIADO OU REFERENCIADO)

DIAGNOSTICO E ESTADIAMENTO

DT DIAGNÓSTICO

CID-10

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

ANTECEDENTES

ICC IRC ICO I. Hepática

OBSERVAÇÕES / OUTROS

Diagnóstico Inicial

Recidiva

T:

N:

M:

ESTADIAMENTO

METÁSTASES AVALIÁVEIS

DT DIAG. META

SE NEO DE MAMA:

RH +

RH -

HER +

HER -

OBSERVAÇÕES:

TRATAMENTOS ANTERIORES

PRIMEIRO TRATAMENTO

Cir. RT HT QT

DROGAS:

DATA

/ /

SEGUNDO TRATAMENTO

Cir. RT HT QT

DROGAS:

DATA

/ /

TERCEIRO TRATAMENTO

Cir. RT HT QT

DROGAS:

DATA

/ /

QUARTO TRATAMENTO

Cir. RT HT QT

DROGAS:

DATA

/ /

OBSERVAÇÕES:

TRATAMENTO PROPOSTO / ESQUEMA TERAPEUTICO

CÓD. PROC. PRINCIPAL

QTD

CÓD. PR. SECUNDARIO

QTD

CÓD. PROC. TERCÍARIO

QTD

LOCAL DE ATENDIMENTO

Trat Ambulatorial Trat. Internado

C/ RADIOTERAPIA

Sim Não

SIGLA (ESQUEMA)

No.Ciclos Prév.

Intervalo.

No. Ciclo Atual

FINALIDADE

Curativa Neoadjuv. Adjuvante Controle

ANTIBLASTICOS E MEDICAÇÕES ASSOCIADAS

MEDICAÇÃO

DOSE TOT DIÁRIA

DIAS

TIPO DE MEDICAÇÃO

REG. ANVISA

VIA DE ADMINISTRAÇÃO

Antibl. Assoc. HT

VO EV IM SC

Antibl. Assoc. HT

VO EV IM SC

Antibl. Assoc. HT

VO EV IM SC

Antibl. Assoc. HT

VO EV IM SC

Antibl. Assoc. HT

VO EV IM SC

Antibl. Assoc. HT

VO EV IM SC

Antibl. Assoc. HT

VO EV IM SC

Antibl. Assoc. HT

VO EV IM SC

JUSTIFICATIVA MÉDICA

USO EXCLUSIVO DA GAMA SAÚDE

ASSINATURA DO SOLICITANTE

DATA ANÁLISE

/ /20