

CAMPO	DESCRIÇÃO DO CAMPO	PREENCHIMENTO	CONDIÇÕES DE PREENCHIMENTO
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS	Obrigatório.
2	Número da guia no prestador	Número que identifica o anexo no prestador de serviços.	Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade.
3	Número da guia referenciada	Número da guia	Obrigatório.
4	Senha	Senha de autorização	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
5	Data de autorização	Data em que a autorização para realização do procedimento foi	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
6	Número da guia atribuído pela operadora	Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>			
7	carteira	Número da carteira do beneficiário na	Obrigatório.
8	Nome	Nome do beneficiário	Obrigatório.
9	Peso(kg)	Peso do beneficiário em quilos	Obrigatório.
10	Altura	Altura do beneficiário em centímetros.	Obrigatório.
11	Superfície	Superfície corporal do beneficiário em	Obrigatório.
12	Idade	Idade do beneficiário	Obrigatório.
13	Sexo	Sexo do beneficiário: Masculino=1 Feminino=3	Obrigatório.
<b>DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>			
14	Nome do	Nome do profissional que está	Obrigatório.
15	Telefone	Número de telefone do profissional que	Obrigatório.
16	E-mail	Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.
<b>DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO</b>			
17	Data do diagnóstico	Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.
18	CID10 Principal	Código CID10 do diagnóstico principal	Opcional.
19	CID10 (2)	Código CID10 do segundo diagnóstico	Opcional.
20	CID10 (3)	Código CID10 do terceiro diagnóstico	Opcional.
21	CID10 (4)	Código CID10 do quarto diagnóstico	Opcional.
22	Estadiamento	Estadiamento do tumor: I = 1 II = 2	Obrigatório.
23	Tipo de quimioterapia	Código do tipo de quimioterapia solicitada: 1ª linha = 1	Obrigatório.
24	Finalidade	Código da finalidade do tratamento: Curativa = 1 Neoadjuvante = 2	Obrigatório.

25	ECOG	<p><b>Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica:</b>  Totalmente ativo capaz de exercer, sem restrições, todas as atividades que exercia antes do diagnóstico = 0  Não exerce atividade física extenuante, porém é capaz de realizar um trabalho leve em casa ou no escritório = 1  Caminha e é capaz de exercer as atividades de autocuidado, mas é incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Permanece fora do leito mais de 50% das horas de vigília = 2  Capacidade de autocuidado limitada. Permanece no leito ou cadeira mais de 50% das horas de vigília = 3  Completamente dependente. Não é capaz de exercer qualquer atividade de autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira = 4</p>	Obrigatório.
26	Plano	Plano terapêutico proposto	Obrigatório.
27	Diagnóstico	Descrição do diagnóstico citopatológico	Opcional.
28	Informações relevantes	Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
<b>MEDICAMENTOS E DROGAS SOLICITADAS</b>			
29	Data prevista	Data prevista para administração do	Obrigatório.
30	Tabela	Tabela 20: Medicamentos	Obrigatório.
31	Código do	Código do medicamento solicitado	Obrigatório.
32	Descrição	Descrição do medicamento solicitado	Obrigatório.
33	Doses	Doses previstas do medicamento no	Obrigatório.
34	Via adm	Via de administração do medicamento:	Obrigatório.
35	Frequência	Quantidade de doses do medicamento a	Obrigatório.
<b>TRATAMENTOS ANTERIORES</b>			
36	Cirurgia	Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
37	Data de realização	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
38	Área irradiada	Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.
39	Data da aplicação	Data em que foi realizada a radioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>			

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	Intervalo entre ciclos	Quantidade de dias entre os ciclos de tratamento	Obrigatório.
44	Data da solicitação	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	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.