



# SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

DATA DO PEDIDO

/ / 20

DATA PREVISTA

/ / 20

ANS Nº 000361

OPERADORA

Tempo Saúde Seguradora S.A.

ESTIPULANTE

DADOS DO PACIENTE (USUÁRIO OU BENEFICIÁRIO)

NOME DO USUÁRIO

CÓDIGO DO USUÁRIO

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 EXECUTOS (CREDENCIADO/REFERENCIADO)

CNPJ DO PRESTADOR

DDD TELEFONE DE CONTATO

DDD

FAX DE CONTATO

EMAIL DO PRESTADOR / EXECUTOR (CREDENCIADO OU REFERENCIADO)

DIAGNÓSTICO 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. SECUNDÁRIO

QTD

CÓD. PROC. TERCIÁRIO

QTD

LOCAL

 Trat Ambulatorial  Trat..Internado

C/ RADIOTERAPIA

 SIM  NÃO

SIGLA (ESQUEMA)

Nº CLICOS PRÉVIOS

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 Antibl.  Assoc.  HT VO  EV  IM  SC Antibl.  Assoc.  HT VO  EV  IM  SC

JUSTIFICATIVA MÉDICA

USO EXCLUSIVO DA TEMPO SAÚDE

ASSINATURA DO SOLICITANTE

DATA ANÁLISE

/ / 20