

1 - Registro ANS 41850-1		3 - Número da Guia Referenciada			4 - Senha		5 - Data de Autorização		6 - Número da Guia Atribuída 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							Tratamentos Anteriores			
							25 - Cirurgia			
							26 - Data da Realização			
24 - Informações Relevantes							27 - Quimioterapia			
							28 - Data da Aplicação			
29 - Número de Campos	30 - Dose por dia (em Gy)	31 - Dose Total (em Gy)	32 - Número de Dias	33 - Data Prevista para Início da Administração						
34 - Observação/Justificativa										
35 - Data da Solicitação		36 - Assinatura do Profissional Solicitante				37 - Assinatura do Autorizador da Operadora				