

<b>CAMPO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO CAMPO</b>	<b>PREENCHIMENTO</b>	<b>CONDIÇÕES DE PREENCHIMENTO</b>
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 atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	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	Número da carteira	Número da carteira do beneficiário	Obrigatório.
8	Nome	Nome do beneficiário	Obrigatório.
9	Idade	Idade do beneficiário	
10	Sexo	Sexo do beneficiário: Masculino=1 Feminino=3	
<b>DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>			
11	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
12	Telefone	Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.	Obrigatório.
13	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>			
14	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.
15	CID10 Principal	Código CID10 do diagnóstico principal	Opcional.
16	CID10 (2)	Código CID10 do segundo diagnóstico	Opcional.
17	CID10 (3)	Código CID10 do terceiro diagnóstico	Opcional.

18	CID10 (4)	Código CID10 do quarto diagnóstico	Opcional.
19	Diagnóstico por imagem	Tecnologia utilizada para diagnóstico de imagem: Tomografia = 1 Ressonância Magnética = 2 Raio x = 3 Outras = 4 Ultrassonografia = 5 PET = 6	Condicional. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.
20	Estadiamento	Estadiamento do tumor: I = 1 II = 2 III = 3 IV = 4 V = Não se aplica	Obrigatório.
21	ECOG	Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica: 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	Obrigatório.
22	Finalidade	Código da finalidade do tratamento: Curativa = 1 Neoadjuvante = 2 Adjuvante = 3 Paliativa = 4 Controle = 5	Obrigatório.
23	Diagnóstico cito/histopatológico	Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.	Opcional.
24	Informações relevantes	Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.	Condicional. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.
<b>TRATAMENTOS ANTERIORES</b>			

25	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.
26	Data de Realização	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.
27	Quimioterapia	Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
28	Data da aplicação	Data em que foi realizada a quimioterapia anterior.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento quimioterápico anteriormente realizado.
<b>PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES</b>			
29	Data prevista	Data prevista para administração da radioterapia	Obrigatório.
30	Tabela	Tabela 22: Procedimentos e eventos em saúde	Obrigatório.
31	Código do Procedimento	Código do procedimento solicitado	Obrigatório.
32	Descrição	Descrição do procedimento solicitado	Obrigatório.
33	Qtde	Quantidade do procedimento solicitado	Obrigatório.
34	Número de campos	Número de campos de irradiação	Obrigatório.
35	Dose por dia	Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.	Obrigatório.
36	Dose total	Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.	Obrigatório.
37	Número de dias	Número de dias de tratamento previstos	Obrigatório.
38	Data prevista para início da administração	Data prevista para início da administração da radioterapia.	Obrigatório.
39	Observação/Justificativa	Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.
40	Data da solicitação	Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.

41	Assinatura do profissional solicitante	Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.	Obrigatório.
42	Assinatura do responsável pela autorização	Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.	Obrigatório.