



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador: 00100222043559667857

1 - Registro ANS 344885	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data da Autorização 10/02/2022	5 - Senha 162138995	6 - Data de Validade da Senha 12/03/2022	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 61665979
---------------------------------------	------------------------	---------------------------------------------	---------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 00347911076474003	9 - Validade da Carteira	10 - Nome Renatha Fonseca De Lima Montenegro	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
---------------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------------------	-------------------------------	----------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 156330	14 - Nome do Contratado Rodrigo Tancredi
------------------------------------	---------------------------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante Rodrigo Tancredi	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 15633	18 - UF PE	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
-----------------------------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---------------------------------------------

Dados da Solicitação / Procedimento ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 10/02/2022	23 - Indicação Clínica
----------------------------------	----------------------------------------	------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
01- 22	20104294	Terapia oncológica - planejamento e 1º dia de tratamento	1	1
02-				
03-				
04-				
05-				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 180092647	30 - Nome do Contratado Neoh Memorial-Núcl Esp Em Onc. E Hematologia-Prata	31 - Código CNES 5495660
---------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
--------------------------	-------------------------------------------------------------	-----------------------	--------------------------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc	45 - Fator Red./Acre.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
01-		a									
02-		a									
03-		a									
04-		a									
05-		a									

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1-	3-
2-	4-
	5-
	6-
	7-
	8-
	9-
	10-

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos Realizados (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
----------------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
-------------------------------------------------	------------------------------------------------	-------------------------------



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2 - Nº Guia no Prestador: 01002220435596678573

1 - Registro ANS 344885	3 - Número da Guia Referenciada 100222043559667857	4 - Senha 162138995	5 - Data da Autorização 10/02/2022	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 61665980
----------------------------	-------------------------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 00347911076474003	8 - Nome Renatha Fonseca De Lima Montenegro			
9 - Peso (Kg) 75	10 - Altura (Cm) 170	11 - Superfície Corporal (m²) 1,86	12 - Idade 37	13 - Sexo F

Dados do Profissional Solicitante

14 - Nome do Profissional Solicitante Rodrigo Tancredi	15 - Telefone 21380777	16 - E-mail
-----------------------------------------------------------	---------------------------	-------------

Diagnóstico Oncológico

17 - Data da Diagnóstico 16/12/2021	18 - CID10 Principal (Opcional) C43	19 - CID10 (2) (Opcional)	20 - CID10 (3) (Opcional)	21 - CID10 (4) (Opcional)	29 - Plano Terapêutico QT	
22 - Estadiamento 3	23 - Tipo de Quimioterapia 1	24 - Finalidade 3	25 - ECOG 0	26 - Tumor 5		27 - Nódulo 4
30 - Diagnóstico Cito/Histopatológico					31 - Informações relevantes	

Medicamentos e Drogas solicitadas

32 - Data Prevista para Início da Administração	33 - Tabela	34 - Código do Medicamento	35 - Descrição	36 - Dosagem total no ciclo	37 - Unidade da Medida	38 - Via Adm	39 - Frequência
01 - 10/02/2022	20	90348737	OPDIVO	80,00	22	19	1
02 - 10/02/2022	20	90255224	YERVOY	250,00	22	19	1
03 -							
04 -							
05 -							
06 -							
07 -							
08 -							

Tratamento Anteriores

40 - Cirurgia
41 - Data da Realização
42 - Área Irradiada
43 - Data da Aplicação

44 - Observação / Justificativa

44 - Observação / Justificativa					
---------------------------------	--	--	--	--	--

45 - Número de Ciclos Previstos 4	46 - Ciclo Atual 3	47 - Nº de dias do Ciclo Atual 1	48 - Intervalo entre Ciclos (em dias) 21	49 - Data da Solicitação 10/02/2022	50 - Assinatura do Profissional Solicitante	51 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------------------	-----------------------	-------------------------------------	---------------------------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------------	-------------------------------------------------

