



# ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2 - Nº Guia no Prestador: 01211190917232468363

Unimed

1 - Registro Ais 344985

3 - Número da Guia Referenciada 121119091723246836

4 - Senha 152264531

5 - Data da Autorização 12/11/2019

6 - Número da Guia Atribuído para Operadora 44803808

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 00345501045680007

8 - Nome Guisele Boeckmann e Silva

9 - Peso (kg) 96

10 - Altura (cm) 173

11 - Superfície Corporal (m²) 2,1

12 - Idade 70

13 - Sexo F

## Dados do Profissional Solicitante

14 - Nome do Profissional Solicitante Médicos Solicitante Não Cooperado

15 - Telefone 21380777

16 - E-mail

## Diagnóstico Oncológico

17 - Data da Diagnóstico 27/06/2019

18 - CID10 Principal (Opcional) 19 - CID10 (2) (Opcional) 20 - CID10 (3) (Opcional) 21 - CID10 (4) (Opcional)

22 - Estadiamento 0

23 - Tipo de Quimioterapia 1

24 - Finalidade 3

25 - ECOG 0

26 - Tumor 5

27 - Nódulo 4

28 - Metástase 2

29 - Plano Terapêutico LETROZOL

30 - Diagnóstico Clínico/Histopatológico

31 - Informações relevantes

## Medicamentos e Drogas solicitadas

32 - Data Previsão para início da Administração 33 - Tabela 34 - Código do Medicamento 35 - Descrição 36 - Dosegen total no ciclo 37 - Unidade de Medida 38 - Via Adm 39 - Frequência

01 -	12/11/2019	20	90423788	LETROZOL	1,00	22	25	1
02 -								
03 -								
04 -								
05 -								
06 -								
07 -								
08 -								

## Tratamento Anteriores

40 - Cirurgia

41 - Data de Realização

42 - Área irradiada

43 - Data de Aplicação

## 44 - Observação / Justificativa

45 - Número de Ciclos Previstos 99

46 - 1ºº de dias do Ciclo Atual 30

47 - Intervalo entre Ciclos (em dias) 30

48 - Data da Solicitação 12/11/2019

49 - Assinatura do Profissional Solicitante

50 - Assinatura da Responsável pela Autorização

Unimed 44 RECIFE

Página 2 de 2

AUTORIZADO

AUTORIZADO

Unimed 44 RECIFE

# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADI

2 - Nº Guia no Prestador: 00121119091723246836



1 - Registro ANS 344885  
3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 12/11/2019  
5 - Senha 152264531  
6 - Data de Validade da Senha 12/12/2019  
7 - Número de Guia Atribuído para Operadora 44803807

Dados do Beneficiário  
8 - Número da Carteira 00345501045680007  
9 - Validade da Carteira  
10 - Nome Gisele Boeckmann e Silva  
11 - Cartão Nacional de Saúde  
12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante  
13 - Código na Operadora 88888  
14 - Nome do Contratado Médicos Solicitante Não Cooperado  
15 - Nome do Profissional Solicitante  
16 - Conselho Profissional CRM  
17 - Número no Conselho 8888  
18 - UF PE  
19 - Código CBO 999999  
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento ou Tens Assistenciais Solicitados  
21 - Caracter do Atendimento 1  
22 - Data da Solicitação 12/11/2019  
23 - Indicação Clínica  
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 20104420  
26 - Descrição Terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer  
27 - Qtda. Solic. 1  
28 - Qtda. Aut. 1

01 -	02 -	03 -	04 -	05 -	27 - Qtda. Solic.	28 - Qtda. Aut.
22					1	1

Dados do Contratado Executante  
29 - Código na Operadora 18000938  
30 - Nome do Contratado Hospital Unimed Recife I - Praça Chora Menino  
31 - Código CHES 5540739

Dados do Atendimento  
32 - Tipo de Atendimento  
33 - Indicação de Acidente paciente 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 - Qtda.	43 - Via	44 - Têc	45 - Fator Red./Acres.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
01 -											
02 -											
03 -											
04 -											
05 -											

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)  
48 - Sen. 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  
58 - Assinatura do Contratado Executante  
59 - Total de Procedimentos Realizados em Série  
60 - Assinatura do Responsável

61 - Total de Materiais (R\$)  
62 - Total de OPMs (R\$)  
63 - Total de Medicamentos (R\$)  
64 - Total de Gases Médicos (R\$)  
65 - Total Geral (R\$)  
66 - Assinatura do Responsável  
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
68 - Assinatura do Contratado

69 - Observação / Justificativa  
AUT. MED. LETROZOL 30 COMP. 2,5 MG\*\* CONF. AUT. WEB. MED. DISPONÍVEL NA FARMÁCIA DO HUR I\*\* RAFAELLE DE OLIVEIRA.

69 - Observação / Justificativa  
AUT. MED. LETROZOL 30 COMP. 2,5 MG\*\* CONF. AUT. WEB. MED. DISPONÍVEL NA FARMÁCIA DO HUR I\*\* RAFAELLE DE OLIVEIRA.



# ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2 - Nº Guia no Prestador: 00611190322112369083

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Semia	5 - Data de Autorização	6 - Número da Guia Attribuído pela Operadora
344985	061119032211236908	152189618	06/11/2019	44715127

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome			
00345501045680007	Guisele Boeckmann e Silva			
9 - Peso (kg)	10 - Altura (cm)	11 - Superfície Corporal (m²)	12 - Idade	13 - Sexo
98	173	2,11	70	F

## Dados do Profissional Solicitante

14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Telefone	16 - Email
Médicos Solicitante Não Cooperado	213807556	

## Diagnóstico Oncológico

17 - Data do Diagnóstico	18 - CID10 (Principal/Optional)	19 - CID10 (2) (Optional)	20 - CID10 (3) (Optional)	21 - CID10 (4) (Optional)	22 - Estadiamento	23 - Tipo de Quimioterapia	24 - Finalidade	25 - ECOG	26 - Tumor	27 - Nódulo	28 - Metástase	29 - Plano Terapêutico
27/06/2019					3	2	1	0	2	2	2	IBRANCE

## 30 - Diagnóstico Citohistopatológico

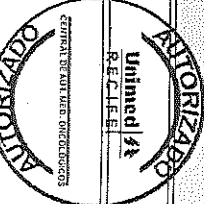
31 - Informações relevantes

## Medicamentos e Drogas solicitadas

32 - Data Prevista para Início da Administração	33 - Tabela	34 - Código do Medicamento	35 - Descrição	36 - Doseagem total no ciclo	37 - Unidade da Medida	38 - Via Adm	39 - Frequência	40 - Cirurgia	41 - Data de Realização	42 - Área Irradiada	43 - Data da Aplicação
06/11/2019	20	90422835	IBRANCE	1,00	22	25	1				
02-											
03-											
04-											
05-											
06-											
07-											
08-											

## 44 - Observações / Justificativa

45 - Número da Guia de Referência	46 - Nº de dias do Ciclo Atual	47 - Nº de dias do Ciclo Atual	48 - Intervalo entre Ciclos (em dias)	49 - Data da Solicitação	50 - Assinatura do Profissional Solicitante	51 - Assinatura do Responsável pela Autorização
99	28	28	28	06/11/2019		



# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador: 00061119032211236908



Unimed

1 - Registro ANS 344895

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autenticação 06/11/2019 5 - Senha 152188618 6 - Data de Validade da Senha 06/12/2019 7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora 44715126

## Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 00345501045600007 9 - Validade da Carteira 10 - Nome Gulsela Boeckmann e Silva

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM N

## Dados do Solicitante

13 - Cédula na Operadora 88888 14 - Nome do Contratado Médicos Solicitante Não Cooperado

## Médicos Solicitante Não Cooperado

15 - Nome do Profissional Solicitante 16 - Conselho Profissional CRM 17 - Número no Conselho 8888 18 - UF PE 19 - Código CBO 999999 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

## Dados da Solicitação / Procedimento ou Item Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 06/11/2019 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
01- 22	20104430	Terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer	1	1
02-				
03-				
04-				
05-				

## Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 180090938 30 - Nome do Contratado Hospital Unimed Recife I - Praça Chora Menino

31 - Código CNEB 5540739

## Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Atendimento (paciente 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 - Qtd.	43 - Via	44 - Tdc	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- 2-	3- 4-	5- 6-	7- 8-	9- 10-
-------	-------	-------	-------	--------

58 - Observação / Justificativa AUTORIZADO BRANCE 125 MG (21) COMP. ANANDA CAROSO\*

59 - Total da Procedimento (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Representante Autorizado

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

