
	SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO						DATA DO PEDIDO / /20	
							DATA PREVISTA / /20	
ANS 00036-1	OPERADORA UNIBANCO AIG SAÚDE				ESTIPULANTE			
DADOS DO PACIENTE (USUARIO OU BENEFICIARIO)								
NOME DO USUARIO				CODIGO DO USUARIO				
PLANO DO BENEFICIARIO		DT NASCIMENTO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	PESO	ALTURA	SUP. CORPORAL	
DADOS DO SOLICITANTE E DO EXECUTOR								
NOME DO MEDICO SOLICITANTE				CRM	UF	DDD	TELEFONE CONTATO	
VINCULAÇÃO À OPERADORA <input type="checkbox"/> Credenciado /Ref. <input type="checkbox"/> Livre Escolha / Particular <input type="checkbox"/> Vinculado à Clin/Hosp.			EMAIL DO SOLICITANTE		DDD	FAX DE CONTATO		
NOME DO PRESTADOR EXECUTOR (CREDENCIADO/REFERENCIADO)				CNPJ DO PRESTADOR				
DDD	TELEFONE CONTATO	DDD	FAX DE CONTATO	EMAIL DO PRESTADOR / EXECUTOR (CREDENCIADO OU REFERENCIADO)				
DIAGNOSTICO E ESTADIAMENTO								
DT DIAGNÓSTICO	CID-10	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL			DIAGNÓSTICO SECUNDARIO			
ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> IRC <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> I. Hepática		OBSERVAÇÕES / OUTROS						
<input type="checkbox"/> Diagnóstico Inicial <input type="checkbox"/> Recidiva		T:	N:	M:				
ESTADIAMENTO	METÁSTASES AVALIÁVEIS						DT DIAG. META / /	
SE NEO DE MAMA: <input type="checkbox"/> RH + <input type="checkbox"/> RH - <input type="checkbox"/> HER + <input type="checkbox"/> HER -	OBSERVAÇÕES:							
TRATAMENTOS ANTERIORES								
PRIMEIRO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> Cir. <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> QT	DROGAS:						DATA / /	
SEGUNDO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> Cir. <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> QT	DROGAS:						DATA / /	
TERCEIRO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> Cir. <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> QT	DROGAS:						DATA / /	
QUARTO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> Cir. <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> QT	DROGAS:						DATA / /	
OBSERVAÇÕES:								
TRATAMENTO PROPOSTO / ESQUEMA TERAPEUTICO								
COD. PROC. PRINCIPAL	QTD	COD. PR. SECUNDARIO	QTD	COD. PROC. TERCARIO	QTD	LOCAL DE ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> Trat Ambulatorial <input type="checkbox"/> Trat. Internado	C/ RADIOTERAPIA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
SIGLA (ESQUEMA)	No.Ciclos Prév.	Intervalo.	No. Ciclo Atual	FINALIDADE <input type="checkbox"/> Curativa <input type="checkbox"/> Neoadjuv. <input type="checkbox"/> Adjuvante <input type="checkbox"/> Controle				
ANTIBLASTICOS E MEDICAÇÕES ASSOCIADAS								
MEDICAÇÃO	DOSE TOT DIARIA	DIAS	TIPO DE MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT	REG. ANVISA	VIA DE ADMINISTRAÇÃO <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC			
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC			
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC			
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC			
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC			
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC			
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC			
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC			
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC			
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC			
JUSTIFICATIVA MÉDICA								
				USO EXCLUSIVO DA  CONNECTMED-CRC				
ASSINATURA DO SOLICITANTE						DATA ANÁLISE / /20		