Paniquar

GESTÃO DE RECEITA NA SAÚDE

MANUAL DAS GUIAS TISS

Anexo de solicitação de quimioterapia

Solicitação de tratamento quimioterápico, com dados do diagnóstico oncológico, estadiamento, finalidade do tratamento, esquema terapêutico e medicamentos.

Francisco Paniquar Gatto · no setor de saúde desde 2002 · versão de 19/10/2026
Versão sempre atualizada em **paniquar.com**. Uso livre em treinamentos com citação da fonte · CC BY-NC 4.0 · paniquar.com.

Anexo de solicitação de quimioterapia

> Solicitação de tratamento quimioterápico, com dados do diagnóstico oncológico, estadiamento, finalidade do tratamento, esquema terapêutico e medicamentos.

Pontos de atenção

- Estadiamento, finalidade do tratamento e escala de capacidade funcional (ECOG) seguem tabelas de domínio próprias.
- Os medicamentos solicitados precisam estar coerentes com o protocolo e o ciclo informado.
- Diagnóstico por imagem e data do diagnóstico ajudam a auditoria a validar a indicação.

Campos (52)

1 Registro ANS

Obrigatório

Texto · até 6 caracteres

Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Regra: Obrigatório.

2 Nº da guia no prestador

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número que identifica o anexo no prestador de serviços.

Regra: 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

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da guia à qual o anexo está vinculado.

Regra: Obrigatório.

4 Senha

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Senha de autorização emitida pela operadora

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.

5 Data da autorização

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.

6 Número da guia atribuído pela operadora

Condicionado

Texto · até 20 caracteres

Número que identifica a guia atribuído pela operadora.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.

7 Número da carteira

Obrigatório

Texto · até 20 caracteres

Número da carteira do beneficiário na operadora

Regra: Obrigatório.

52 Nome social

Condicionado

Texto · até 70 caracteres

Nome social do beneficiário conforme Decreto nº 8.727, de 28/04/2016.

Regra: Condicionado.
Preenchido quando requerido expressamente pelo interessado (art. 4º do Decreto nº 8.727).

8 Nome

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do beneficiário

Regra: Obrigatório.

9 Peso(kg)

Obrigatório

Número · formato 3.2

Peso do beneficiário em quilos

Regra: Obrigatório.

10 Altura

Obrigatório

Número · formato 3.2

Altura do beneficiário em centímetros.

Regra: Obrigatório.

11 Superfície corporal

Obrigatório

Número · formato 2.2

Superfície corporal do beneficiário em metros quadrados

Regra: Obrigatório.

12 Idade

Obrigatório

Integer · 3 posições

Idade do beneficiário

Regra: Obrigatório.

13 Sexo

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Sexo do beneficiário, conforme tabela de domínio nº 43.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 43, Tabela 43 - Sexo):

1	Masculino
3	Feminino

14 Nome do profissional solicitante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

Nome do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.

Regra: Obrigatório.

15 Telefone

Obrigatório

Texto · até 11 caracteres

Número de telefone do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.

Regra: Obrigatório.

16 E-mail

Condicionado

Texto · até 60 caracteres

Endereço de e-mail do profissional que está solicitando o procedimento ou item assistencial.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante possua endereço de e-mail para contato.

17 Data do diagnóstico

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que foi dado o diagnóstico da doença referente ao tratamento solicitado.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso o profissional solicitante tenha conhecimento da informação.

18 CID10 Principal

Opcional

Texto · até 4 caracteres

Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão

Regra: Opcional.

19 CID10 (2)

Opcional

Texto · até 4 caracteres

Regra: Opcional.

20 CID10 (3)

Opcional

Texto · até 4 caracteres

Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão

Regra: Opcional.

21 CID10 (4)

Opcional

Texto · até 4 caracteres

Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão

Regra: Opcional.

22 Estadiamento

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Regra: Obrigatório.

23 Tipo de quimioterapia

Obrigatório

Texto

Código do tipo de quimioterapia solicitada, conforme tabela de domínio nº 58.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 58, tipo de quimioterapia):

1	1a linha
2	2a linha
3	3a linha
4	Outras linhas

24 Finalidade

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Código da finalidade do tratamento, conforme tabela de domínio nº 33.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 33, finalidade do tratamento):

1	Curativa
2	Neoadjuvante
3	Adjuvante
4	Paliativa
5	Controle

25 ECOG

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Classificação internacional sobre capacidade funcional do paciente portador de doença oncológica, conforme tabela de domínio nº 30.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 30, escala de capacidade funcional (ECOG - Escala de Zubrod)):

0	Totalmente ativo capaz de exercer, sem restrições, todas as atividades que exercia antes do diagnóstico.
1	Não exerce atividade física extenuante, porém é capaz de realizar um trabalho leve em casa ou no escritório.
2	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.
3	Capacidade de autocuidado limitada. Permanece no leito ou cadeira mais de 50% das horas de vigília.
4	Completamente dependente. Não é capaz de exercer qualquer atividade de autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira.

26 Tumor

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Classificação do tumor conforme tabela de domínio nº 67

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 67, tumor):

1	T1
2	T2
3	T3
4	T4
5	T0
6	Tis
7	Tx
8	Não se aplica
9	Sem informação

27 Nódulo

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Classificação do nódulo conforme tabela de domínio nº 66

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 66, nódulo):

1	N1
2	N2
3	N3
4	N0
5	Nx
8	Não se aplica
9	Sem informação

28 Metástase

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Regra: Obrigatório.

29 Plano terapêutico

Obrigatório

Texto · até 1000 caracteres

Plano terapêutico proposto pelo profissional solicitante

Regra: Obrigatório.

30 Diagnóstico cito/histopatológico

Opcional

Texto · até 1000 caracteres

Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.

Regra: Opcional.

31 Informações relevantes

Condicionado

Texto · até 1000 caracteres

Outras informações relevantes a serem fornecidas pelo profissional solicitante para esclarecimento do caso.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso haja informações relevantes que possam contribuir para o entendimento do caso e facilitação da autorização do procedimento.

32 Data prevista para início da administração

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data prevista para o ínício da administração do medicamento solicitado para o tratamento quimioterápico

Regra: Obrigatório.

33 Tabela

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 87, Relação das terminologias unificadas na saúde suplementar):

00	Tabela própria das operadoras
18	Diárias, taxas e gases medicinais
19	Materiais e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
20	Medicamentos
22	Procedimentos e eventos em saúde
23	Caráter do atendimento
24	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)
25	Código da despesa
26	Conselho profissional
27	Débitos e créditos
28	Dentes
29	Diagnóstico por imagem
30	Escala de capacidade funcional (ECOG - Escala de Zubrod)
31	Estadiamento do tumor
32	Faces do dente
33	Finalidade do tratamento
34	Forma de pagamento
35	Grau de participação
36	Indicador de acidente
37	Indicador de débito ou crédito
38	Mensagens (glosas, negativas e outras)
39	Motivo de encerramento
40	Origem da guia
41	Regime de internação
42	Regiões da boca
43	Sexo
44	Situação inicial do dente
45	Status da solicitação
46	Status do cancelamento
47	Status da guia e do protocolo
48	Técnica utilizada
49	Tipo de acomodação
50	Tipo de atendimento

51	Tipo de atendimento em odontologia
52	Tipo de consulta
53	Tipo de demonstrativo
54	Tipo de guia
55	Tipo de faturamento
56	Natureza da guia
57	Tipo de internação
58	Tipo de quimioterapia
59	Unidade da federação
60	Unidade de medida
61	Via de acesso
62	Via de administração
63	Grupos de procedimentos e itens assistenciais para envio para ANS
64	Forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para ANS
65	Metástase
66	Nódulo
67	Tumor
68	Categoria de despesa
69	Versão do componente de comunicação do padrão
70	Forma de envio de padrão
71	Tipo de atendimento por operadora intermediária
72	Tipo de identificação do beneficiário
73	Etapas de autorização
74	Motivos de ausência do código de validação
87	Tabelas de domínio
90	Tabela Própria Pacote Odontológico
98	Tabela Própria de Pacotes
75	Cobertura especial
76	Regime de atendimento
77	Saúde ocupacional
78	Tipo de Pagamento
79	Modelos de Remuneração entre Operadoras e Prestadores
80	Formato do documento
81	Tipo do documento
82	Centro de consumo

34 Código do medicamento

Obrigatório

Texto

Código do medicamento solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.

Regra: Obrigatório.

35 Descrição

Obrigatório

Texto · até 150 caracteres

Descrição do medicamento solicitado

Regra: Obrigatório.

36 Dosagem total no ciclo

Obrigatório

Número · formato 5.2

Dosagem total do medicamento no ciclo atual.

Regra: Obrigatório.

37 Unidade de medida

Obrigatório

Texto · até 3 caracteres

Unidade de medida do medicamento conforme tabela de domínio nº 60.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 60, unidade de medida):

001	AMP
002	BUI
003	BG
004	BOLS
005	CX
006	CAP
007	CARP
008	COM
009	DOSE
010	DRG
011	ENV
012	FLAC
013	FR
014	FA
015	GAL
016	GLOB
017	GTS
018	G
019	L
020	MCG
021	MUI
022	MG
023	ML
024	OVL
025	PAS
026	LT
027	PER
028	PIL
029	PT
030	KG
031	SER
032	SUP
033	TABLE
034	TUB

035	TB
036	UN
037	UI
038	CM
039	CONJ
040	KIT
041	MÇ
042	M
043	PC
044	PÇ
045	RL
046	GY
047	CGY
048	PAR
049	ADES
050	COM EFEV
051	COM MST
052	SACHE
053	M
054	M^2
055	M^3
056	MG/peso
057	MG/M^2
058	CAL
059	UI/M^2
060	UI/ML
061	CM^3

38 Via adm

Obrigatório

Texto · até 2 caracteres

Via de administração do medicamento, conforme tabela de domínio nº 62.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 62, via de administração):

01	Bucal
02	Capilar
03	Dermatológica
04	Epidural
05	Gastrostomia/jejunostomia
06	Inalatória
07	Intra- Óssea
08	Intra-arterial
09	Intra-articular
10	Intracardíaca
11	Intradérmica
12	Intralesional
13	Intramuscular
14	Intraperitonial
15	Intrapleural
16	Intratecal
17	Intratraqueal
18	Intrauterina
19	Intravenosa
20	Intravesical
21	Intravítrea
22	Irrigação
23	Nasal
24	Oftálmica
25	Oral
26	Otológica
27	Retal
28	Sonda enteral
29	Sonda gástrica
30	Subcutânea
31	Sublingual
32	Transdérmica
33	Uretral
34	Vaginal

35	Outras

39 Frequência

Obrigatório

Integer · 2 posições

Número de vezes que o medicamento será administrado no ciclo atual.

Regra: Obrigatório.

40 Cirurgia

Condicionado

Texto · até 40 caracteres

Descrição de procedimento cirúrgico, relativo à patologia atual, ao qual o beneficiário foi submetido anteriormente.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.

41 Data de realização

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o atendimento/procedimento foi realizado

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de cirurgia realizada anteriormente.

42 Área irradiada

Condicionado

Texto · até 40 caracteres

Identificação da área irradiada em tratamento radioterápico anterior.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico realizado anteriormente.

43 Data da aplicação

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que foi realizada a radioterapia anterior.

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido em caso de tratamento radioterápico anteriormente realizado.

44 Observação/Justificativa

Opcional

Texto · até 500 caracteres

Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário

Regra: Opcional.

45 Número de ciclos previstos

Obrigatório

Integer · 2 posições

Regra: Obrigatório.

46 Ciclo atual

Obrigatório

Integer · 2 posições

Número do ciclo atual do tratamento quimioterápico.

Regra: Obrigatório.

47 Número de dias do ciclo atual

Obrigatório

Integer · 3 posições

Quantidade de dias do ciclo atual do tratamento quimioterápico.

Regra: Obrigatório.

48 Intervalo entre ciclos

Obrigatório

Integer · 3 posições

Quantidade de dias entre os ciclos do tratamento quimioterápico.

Regra: Obrigatório.

49 Data da solicitação

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.

Regra: Obrigatório.

50 Assinatura do profissional solicitante

Obrigatório

Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.

Regra: Obrigatório.

51 Assinatura do responsável pela autorização

Obrigatório

Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.

Regra: Obrigatório.

Versão online: paniquar.com/guias-tiss/anexo-de-quimioterapia/ · Fonte: ANS, Componente de Conteúdo e Estrutura 202511 e TUSS 202609.