Paniquar

GESTÃO DE RECEITA NA SAÚDE

MANUAL DAS GUIAS TISS

Anexo de solicitação de radioterapia

Solicitação de tratamento radioterápico, com diagnóstico oncológico, finalidade, número de campos, dose e período previsto.

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 radioterapia

Solicitação de tratamento radioterápico, com diagnóstico oncológico, finalidade, número de campos, dose e período previsto.

Pontos de atenção

- Número de campos, dose por dia e dose total precisam ser coerentes com o plano de tratamento.
- A finalidade do tratamento (curativa, paliativa e outras) segue tabela de domínio própria.
- Registre a data prevista de início e o número de dias de tratamento.

Campos (38)

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 quando a autorização da operadora for 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 quando a autorização da operadora for com emissão de senha com prazo de validade.

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.

38 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 Idade

Obrigatório

Integer · 3 posições

Idade do beneficiário

Regra: Obrigatório.

10 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

11 Nome do profissional solicitante

Obrigatório

Texto · até 70 caracteres

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

Regra: Obrigatório.

12 Telefone

Obrigatório

Texto · até 11 caracteres

Número de telefone do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial

Regra: Obrigatório.

13 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.

14 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.

15 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.

16 CID10 (2)

Opcional

Texto · até 4 caracteres

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

Regra: Opcional.

17 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.

18 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.

19 Diagnóstico por imagem

Condicionado

Texto · até 1 caractere

Regra: Condicionado. Deve ser preenchido caso tenha sido utilizada alguma tecnologia por imagem no diagnóstico da patologia, conforme tabela de domínio.

20 Estadiamento

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Estadiamento do tumor, conforme tabela de domínio nº 31.

Regra: Obrigatório.

Valores aceitos (tabela de domínio 31, estadiamento do tumor):

0	0
1	I
2	II
3	III
4	IV
5	Não se aplica

21 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.

22 Finalidade

Obrigatório

Texto · até 1 caractere

Regra: Obrigatório.

23 Diagnóstico cito/histopatológico

Opcional

Texto

Descrição do diagnóstico citopatológico e histopatológico.

Regra: Opcional.

24 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.

25 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.

26 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.

27 Quimioterapia

Condicionado

Texto · até 40 caracteres

Identificação de quimioterapia utilizada anteriormente, para a mesma patologia.

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

28 Data da aplicação

Condicionado

Data · 8 posições · DDMMAAAA

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

29 Número de campos

Obrigatório

Integer · 3 posições

Número de campos de irradiação

Regra: Obrigatório.

30 Dose por dia (em Gy)

Obrigatório

Integer · 4 posições

Dose de radioterápico, expressa em Gy, por dia de tratamento.

Regra: Obrigatório.

31 Dose total (em Gy)

Obrigatório

Integer · 4 posições

Dose total, expressa em Gy, a ser utilizada considerando o número de dias e dosagem diária.

Regra: Obrigatório.

32 Número de dias

Obrigatório

Integer · 3 posições

Número de dias de tratamento previstos pelo profissional solicitante

Regra: Obrigatório.

33 Data revista para início da administração

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

Data prevista para início da administração da radioterapia.

Regra: Obrigatório.

34 Observação/Justificativa

Opcional

Texto

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

Regra: Opcional.

35 Data da solicitação

Obrigatório

Data · 8 posições · DDMMAAAA

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

Regra: Obrigatório.

36 Assinatura do profissional solicitante

Obrigatório

Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação.

Regra: Obrigatório.

37 Assinatura do responsável pela autorização

Obrigatório

Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora.

Regra: Obrigatório.

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