

**FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT**  
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**BENEFICIÁRIO**

Nome:

Cartão:

Telefone:

**PRESTADOR**

Nome:

Telefone:

**PROCEDIMENTO**

**ABDOMINOPLASTIA – DUT 18**

CID:

**INDICAÇÃO CLÍNICA**

- Presença de abdome em avental (excesso de pele que cobre a região pubiana ou parte superior das coxas)
- Decorrente de grande perda ponderal após:
- Tratamento clínico para obesidade mórbida
- Cirurgia bariátrica (redução de estômago)

IMC anterior \_\_\_\_\_

IMC atual \_\_\_\_\_

Indicação Clínica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

### 1. **Relatório médico detalhado**, contendo:

- Diagnóstico e histórico clínico;
- Indicação da cirurgia com justificativa médica;
- Descrição do abdome em avental e suas consequências (como infecções de repetição, dermatites, etc.);
- Informações sobre perda de peso e tratamento prévio (clínico ou cirúrgico).

### 2. **Exames complementares**, como:

- Laudos de exames laboratoriais ou de imagem, se houver.

### 3. **Comprovação da perda ponderal**, como:

- Relatórios de acompanhamento nutricional ou endocrinológico;
- Registro de cirurgia bariátrica (se aplicável).

### **Declaração do Médico**

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 18 da ANS para cobertura do procedimento de abdominoplastia.

Assinatura/carimbo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_