

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

ANTICORPOS ANTI PEPTÍDEO CÍCLICO CITRULINADO - IGG (ANTI CCP) – DUT 4

INDICAÇÃO CLÍNICA

Justificativa Clínica:

☐ Paciente com suspeita de Artrite Reumatoide

☐ Fator Reumatóide negativo

☐ Outros exames laboratoriais e/ou clínicos indicam necessidade de investigação adicional

CID: _____

Indicação Clínica:

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

Relatório médico com:

- Justificativa clínica detalhada.
- Resultado do exame de **fator reumatóide negativo**.

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 4 da ANS para cobertura do procedimento de **ANTICORPOS ANTI PEPTÍDEO CÍCLICO CITRULINADO - IGG (ANTI CCP)** .

Assinatura/carimbo: _____

Data: __/__/____