

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE – DUT 6

CID:

INDICAÇÃO CLÍNICA

Gestante: () Sim () Não

Idade gestacional (se aplicável): _____ semanas

Resultados de Exames

IgG: _____

IgM: _____

Avidez: _____

Histórico de Exames Anteriores

Data: __/__/____ Resultado: _____

Data: __/__/____ Resultado: _____

Data: __/__/____ Resultado: _____

Indicação de Tratamento

Tratamento: _____

Observações:

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

- **Pedido médico** com justificativa clínica;
- **Resultado do exame de IgM positivo para toxoplasmose;**
- **Histórico de exames anteriores**, se houver (para demonstrar aumento do IgM, se aplicável);

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 6 da ANS para cobertura do procedimento de AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____