

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT  
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



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

**BENEFICIÁRIO**

Nome:

Cartão:

Telefone:

**PRESTADOR**

Nome:

Telefone:

**PROCEDIMENTO**

CIRURGIA REFRACTIVA – PRK OU LASIK – DUT 13

CID:

Indicação Clínica:

**INDICAÇÃO CLÍNICA**

**Critérios Clínicos:**

Idade superior a 18 anos

Grau refrativo estável há pelo menos 1 ano

Tipo de erro refrativo (com refração medida por cilindro negativo):

Miopia entre -5,0 a -10,0 DE

Astigmatismo associado até -4,0 DC

Hipermetropia até +6,0 DE

Astigmatismo associado até +4,0 DC

**Dados da Refração Atual**

Olho Direito (OD): \_\_\_\_ DE / \_\_\_\_ DC

Olho Esquerdo (OE): \_\_\_\_ DE / \_\_\_\_ DC

Data do exame: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Justificativa Clínica**

---

---

---

---

---

## DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. **Relatório médico detalhado** do oftalmologista, contendo:
  - Diagnóstico completo (miopia, hipermetropia, astigmatismo).
  - Grau refrativo com estabilidade comprovada.
  - Indicação da técnica (PRK ou LASIK).
  - Justificativa clínica para a cirurgia.
2. **Exames oftalmológicos recentes**, como:
  - Topografia corneana.
  - Paquimetria.
  - Refração com e sem correção.
  - Mapeamento de retina.
3. **Laudo de refração** com cilindro negativo.

### Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 13 da ANS para cobertura do procedimento de CIRURGIA REFRACTIVA - PRK OU LASIK.

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

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