

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

CITOMEGALOVÍRUS – QUALITATIVO, POR PCR– DUT 14

CID:

INDICAÇÃO CLÍNICA

Justificativa Clínica (marcar a opção aplicável):

☐ Paciente imunocomprometido

☐ HIV/AIDS

☐ Transplante de órgão ou medula

☐ Uso de imunossupressores

☐ Outras: _____

☐ Infecção congênita suspeita ou confirmada

Descrição Clínica e Hipótese Diagnóstica:

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

Relatório médico detalhado

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 14 da ANS para cobertura do procedimento de **CITOMEGALOVÍRUS – QUALITATIVO, POR PCR**.

Assinatura/carimbo: _____

Data: __/__/____