

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

ELASTASE PANCREÁTICA FECAL- DUT 151

INDICAÇÃO CLÍNICA

INDICAÇÃO CLÍNICA (conforme DUT 151)

Suspeita de Insuficiência Pancreática Exócrina (IPE)

Diagnóstico de Fibrose Cística

Outros (especificar): _____

JUSTIFICATIVA CLÍNICA

Descrever sinais, sintomas e/ou exames prévios que motivam a solicitação: _____

5. CID(s) relacionado(s): _____

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. Laudo ou relatório médico

- Descrevendo os sintomas, histórico clínico e suspeita de Insuficiência Pancreática Exócrina (IPE).
- Pode incluir exames anteriores que reforcem a necessidade da investigação.

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 151 da ANS para cobertura do procedimento ELASTASE PANCREÁTICA FECAL.

Assinatura/carimbo: _____

Data: __/__/____