

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA – DUT 119

CID:

INDICAÇÃO CLÍNICA

Indicação Clínica (marcar uma ou mais opções):

- ☐ Hepatite B
- ☐ Hepatite C
- ☐ Hepatite C pós-transplante
- ☐ HIV
- ☐ Doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA)

Finalidade do Exame:

- ☐ Diagnóstico inicial
- ☐ Estadiamento
- ☐ Acompanhamento

Justificativa Clínica:

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

- Exames laboratoriais recentes
- Laudos de imagem
- Relatório médico detalhado

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 119 da ANS para cobertura do procedimento de **ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA**.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____