

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) DUT 27

CID:

Indicação Clínica:

INDICAÇÃO CLÍNICA

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE (Idade e IMC)



Marcar os critérios atendidos:

- [] Idade entre 18 e 65 anos
- [] Idade entre 16 e 18 anos podem ser elegíveis se tiverem escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade e epífises de crescimento consolidadas
- [] Obesidade mórbida há mais de 5 anos
- [] Falha no tratamento clínico por pelo menos 2 anos
- [] $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$
- [] IMC entre 35 e 39,9 kg/m^2 com comorbidades graves:
- [] Diabetes mellitus
- [] Apneia do sono
- [] Hipertensão arterial
- [] Dislipidemia
- [] Doença coronariana
- [] Osteoartrite
- [] Outras: _____

AVALIAÇÕES COMPLEMENTARES

- Avaliação psicológica: [] Sim [] Não

- Avaliação nutricional: [] Sim [] Não

- Avaliação clínica multidisciplinar: [] Sim [] Não

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. Laudo médico detalhado com:

- Diagnóstico de obesidade mórbida;
- Histórico de tratamento clínico por no mínimo 2 anos (com falha documentada);
- Presença de comorbidades, se houver;
- IMC atual e histórico;
- Indicação cirúrgica.

2. Relatórios de especialistas:

- Endocrinologista;
- Nutricionista (com histórico de acompanhamento);
- Psicólogo ou psiquiatra (avaliando estabilidade emocional e ausência de contraindicações psiquiátricas).

3. Exames complementares:

- Hemograma, perfil lipídico, glicemia, função hepática e renal, entre outros;

4. Declaração de equipe multidisciplinar confirmando:

- Tentativas de tratamento clínico;
- Condições clínicas e emocionais para o procedimento.

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 27 da ANS para cobertura do procedimento de GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA).

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____