

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

HLA-B27, FENOTIPAGEM/GENOTIPAGEM – DUT 32

CID:

INDICAÇÃO CLÍNICA

Justificativa Clínica

() Investigação diagnóstica de Espondiloartrite Axial

() Ressonância magnética inconclusiva para sacroiliíte

() Outros (especificar): _____

Técnica Solicitada

() Fenotipagem

() Genotipagem

() Ambas

CID(s) Relacionado(s):

Observações adicionais:

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. Solicitação médica

- Indicação do exame: HLA-B27 – fenotipagem/genotipagem
- Justificativa clínica com base na DUT 32

2. Laudo da ressonância magnética

- Deve ser inconclusivo para sacroilíte.
- É o principal critério exigido pela DUT 32 para cobertura obrigatória.

3. Relatório clínico detalhado

- Com histórico de sintomas compatíveis com espondiloartrite axial.
- Deve incluir:
 - Tempo de sintomas
 - Exames laboratoriais prévios (se houver)
 - Hipótese diagnóstica

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 32 da ANS para cobertura do procedimento de **HLA-B27, FENOTIPAGEM/GENOTIPAGEM**.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____