

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT  
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**BENEFICIÁRIO**

Nome:

Cartão:

Telefone:

**PRESTADOR**

Nome:

Telefone:

**PROCEDIMENTO**

**ENSAIO PARA DOSAGEM DA LIBERAÇÃO DE INTERFERON GAMA-IGRA DUT 140**

**INDICAÇÃO CLÍNICA**

**Indicação Clínica para o Exame (marcar uma ou mais opções):**

- Paciente em uso de medicamentos biológicos
- Paciente candidato à imunossupressão
- Paciente portador de HIV
- Paciente com doença inflamatória imunomediada
- Paciente receptor de transplante de órgão sólido
- Criança em contato com caso de tuberculose ativa

**Justificativa Clínica:**

Descrever brevemente o quadro clínico e a necessidade do exame:

---

---

---

---

---

---

---

---

**DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)**

**1. Relatório médico completo, com:**

- **Histórico clínico do paciente.**
- **Indicação clara de que o paciente se enquadra em pelo menos um dos critérios da DUT 140:**
  - Paciente em uso de medicamentos biológicos
  - Paciente candidato à imunossupressão

- Paciente portador de HIV
- Paciente com doença inflamatória imunomediada
- Paciente receptor de transplante de órgão sólido
- Criança em contato com caso de tuberculose ativa

**2. Exames complementares, se disponíveis, que reforcem a indicação clínica.**

**Declaração do Médico**

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 140 da ANS para cobertura do procedimento ENSAIO PARA DOSAGEM DA LIBERAÇÃO DE INTERFERON GAMA

Assinatura/carimbo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_