

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/__

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

BIÓPSIA PERCUTÂNEA À VÁCUO GUIADA POR RAIOS X, ULTRASSONOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (MAMOTOMIA) – DUT 7

CID:

INDICAÇÃO CLÍNICA

Justificativa Clínica:

Lesão não palpável: ☐ Sim ☐ Não

Tamanho do nódulo: _____ cm

Classificação BI-RADS: ☐ 4 ☐ 5

Localização da lesão: _____

Exames de imagem realizados:

☐ Mamografia

☐ Ultrassonografia

☐ Ressonância Magnética

☐ Outros: _____

Indicação do Procedimento:

☐ Biópsia percutânea à vácuo guiado por:

☐ Raios X

☐ Ultrassonografia

☐ Ressonância Magnética

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)
Laudos de imagem Relatório médico detalhado Declaração do Médico Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 7 da ANS para cobertura do procedimento de BIÓPSIA PERCUTÂNEA À VÁCUO GUIADA POR RAIO X, ULTRASSONOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (MAMOTOMIA). Assinatura/carimbo: _____ Data: ____/____/____