

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS Nº 58



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA – DUT 58

CID:

INDICAÇÃO CLÍNICA

Indicação Clínica para Oxigenoterapia Hiperbárica:

- ☐ Doença descompressiva
- ☐ Embolia traumática pelo ar
- ☐ Embolia gasosa
- ☐ Envenenamento por monóxido de carbono (CO) ou inalação de fumaça
- ☐ Envenenamento por gás cianídrico/sulfídrico
- ☐ Gangrena gasosa
- ☐ Síndrome de Fournier (Gravidade: ☐ II ☐ III ☐ IV – Escala USP)
- ☐ Fascite, celulite ou miosite necrotizante (Gravidade: ☐ II ☐ III ☐ IV – Escala USP)
- ☐ Isquemia aguda traumática, lesão por esmagamento, síndrome compartimental ou reimplante de extremidade (Gravidade: ☐ II ☐ III ☐ IV – Escala USP)
- ☐ Sepses, choque séptico ou insuficiência orgânica por vasculite aguda
- ☐ Úlcera infectada profunda em paciente diabético (com comprovação de falha terapêutica após 1 mês de tratamento convencional)
- ☐ Osteorradioneecrose de mandíbula (Grupo I, sem critérios do Grupo II)
- ☐ Cistite actínica avançada ou refratária (Grupo I, sem critérios do Grupo II)

Justificativa Clínica:

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)
• Relatório médico detalhado • Exames complementares • Escala USP de Gravidade preenchida • Comprovação de falha terapêutica prévia (quando aplicável) Declaração do Médico Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 58 da ANS para cobertura do procedimento de OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA. Assinatura/carimbo: _____ Data: ____/____/____