

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Unidade:

Telefone:

PROCEDIMENTO

PET-CT ONCOLÓGICO – DUT 60

INDICAÇÃO CLÍNICA

Informações Clínicas

Diagnóstico oncológico (CID-10): _____

Tipo de câncer: _____

Estágio clínico (se aplicável): _____

Exames anteriores realizados:

☐ Tomografia

☐ Ressonância Magnética

☐ Ultrassonografia

☐ Outros: _____

Justificativa para Solicitação do PET-CT

(Selecionar o item correspondente conforme DUT 60)

☐ Câncer pulmonar de células não pequenas

☐ Linfoma (Hodgkin ou não-Hodgkin)

☐ Câncer colorretal

☐ Nódulo pulmonar solitário

☐ Câncer de mama metastático

☐ Câncer de cabeça e pescoço

☐ Melanoma

☐ Câncer de esôfago

☐ Neoplasia de tireoide

☐ Tumores neuroendócrinos

☐ Outro (especificar): _____

Critérios preenchidos (conforme DUT 60):

Descrever os critérios clínicos e exames que justificam a solicitação, conforme a DUT

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

-Laudos de exames de imagem

-Relatório médico detalhado

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 60 da ANS para cobertura do procedimento de PET CT ONCOLÓGICO.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____