

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

PROCALCITONINA, DOSAGEM – DUT 127

INDICAÇÃO CLÍNICA

INDICAÇÃO CLÍNICA (conforme DUT 127)

Pneumonia

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Suspeita ou confirmação de COVID-19

Outros (especificar): _____

JUSTIFICATIVA CLÍNICA

Descrever sinais, sintomas e/ou exames prévios que motivam a solicitação:

CID(s) relacionado(s)

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. Relatório médico

- Com descrição do quadro clínico compatível com:
 - Pneumonia ou
 - Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)
- E menção à suspeita ou confirmação de infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19).

2. Exames complementares

- RX de tórax, tomografia, exames laboratoriais que sustentem o diagnóstico.

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 127 da ANS para cobertura do procedimento PROCALCITONINA, DOSAGEM.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____