

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM RADIOFREQUÊNCIA – DUT 62

CID:

Indicação Clínica:

INDICAÇÃO CLÍNICA

Indicação Clínica (marcar os itens correspondentes)

Grupo I – Critérios obrigatórios (todos devem ser preenchidos):

- ☐ Limitação das Atividades da Vida Diária (AVDs) por pelo menos 6 semanas
- ☐ Redução >50% da dor referida medida pela Escala Visual Analógica (VAS) após infiltração facetária com anestésico local
- ☐ Falha no tratamento conservador adequado (medicamentoso e fisioterápico)

Grupo II – Critérios de exclusão (nenhum deve estar presente):

- ☐ Cirurgia espinhal prévia no segmento analisado
- ☐ Hérnia discal
- ☐ Sinais de estenose ou instabilidade potencialmente cirúrgicas

Outras Indicações (se aplicável)

- ☐ Espasticidade focal intensa com sintomas incapacitantes, refratária a tratamento medicamentoso e fisioterápico
- ☐ Nevralgia de nervo trigêmeo, glossofaríngeo, occipital ou intermédio, refratária ou intolerante ao tratamento clínico contínuo por no mínimo 3 meses

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)
Relatório médico detalhado Exames de imagem (RM, TC etc.) Registro da infiltração facetária e resposta à dor Registro de tratamento conservador realizado Declaração do Médico Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 62 da ANS para cobertura do procedimento de RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM RADIOFREQUÊNCIA. Assinatura/carimbo: _____ Data: ____/____/____