

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/__

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST) – DUT 67

INDICAÇÃO CLÍNICA

Indicação Clínica para o Teste (marcar os critérios que se aplicam):

- ☐ Síncope recorrente sem doença cardíaca conhecida ou suspeita, para avaliação do componente neurocardiogênico.
- ☐ Síncope recorrente com doença cardíaca, após exclusão de causas cardiogênicas de síncope.
- ☐ Necessidade de demonstração da susceptibilidade à síncope neuromediada para diagnóstico diferencial entre reflexo neurocardiogênico e insuficiência autonômica.
- ☐ Síncope de origem indeterminada ocorrida em situação de alto risco de trauma físico ou com implicações ocupacionais.

Histórico Clínico Resumido:

Exames Complementares Realizados:

ECG: ☐ Sim ☐ Não

Ecocardiograma: ☐ Sim ☐ Não

Outros: _____

Justificativa para o Teste:

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)
• Relatório médico contendo histórico de episódios de síncope, exames prévios realizados e exclusão de causas cardíacas (como ECG, ecocardiograma etc). Declaração do Médico Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 67 da ANS para cobertura do procedimento de TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST). Assinatura/carimbo: _____ Data: ____/____/____