

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

VÍRUS ZIKA – IGG– DUT 113

INDICAÇÃO CLÍNICA

Indicação Clínica (obrigatória):

Resultado positivo para anticorpos IgM para Zika:

() Sim – Anexar laudo

() Não

Quadro clínico sugestivo de infecção por Zika (marcar os presentes):

() Exantema maculopapular pruriginoso

() Febre

() Hiperemia conjuntival sem secreção e com prurido

() Poliartralgia

() Edema periarticular

Justificativa médica:

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

Relatório médico detalhado com histórico clínico

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 113 da ANS para cobertura do procedimento de VÍRUS ZIKA – IGG.

Assinatura/carimbo: _____

Data: __/__/____