

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

VÍRUS ZIKA POR PCR – DUT 111

INDICAÇÃO CLÍNICA

Critérios Clínicos:

- Exantema maculopapular pruriginoso
- Febre
- Hiperemia conjuntival sem secreção e com prurido
- Poliartralgia
- Edema periarticular

Diagnóstico Clínico:

- Infecção pelo vírus Zika – suspeita clínica conforme DUT 111

Justificativa Clínica:

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

Relatório médico detalhado com histórico clínico

Declaração do Médico

Declaro que a paciente apresenta quadro clínico compatível com infecção pelo vírus Zika, conforme critérios estabelecidos na DUT 111 da ANS, e que a coleta do exame PCR está sendo solicitada dentro do prazo de até 5 dias do início dos sintomas.

Assinatura/carimbo: _____

Data: __/__/____