

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

SÍNDROMES DE ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS SUBMICROSCÓPICAS NÃO RECONHECÍVEIS CLINICAMENTE
(ARRAY)– DUT 110.39

INDICAÇÃO CLÍNICA

Indicação Clínica para o Exame

(Preencher obrigatoriamente os critérios clínicos observados)

- ☐ Deficiência intelectual ou atraso no desenvolvimento neuropsicomotor
- ☐ Presença de pelo menos uma anomalia congênita maior
- ☐ Presença de pelo menos três anomalias congênicas menores
- ☐ Baixa estatura ou déficit pondero-estatural
- ☐ Cariótipo normal com suspeita clínica de anomalia cromossômica submicroscópica
- ☐ Cariótipo alterado com indicação complementar

Histórico Familiar e Clínico

Descrever brevemente os achados clínicos, histórico familiar e exames prévios realizados:

Justificativa para o Exame de Array-CGH / SNP-array

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. A solicitação médica deve conter:

- Justificativa clínica.
- Hipótese diagnóstica ou diagnóstico confirmado.
- Indicação do exame específico.

2. Relatório clínico completo, incluindo:

- Histórico familiar e pessoal de doenças genéticas.
- Heredograma (árvore genealógica com histórico de doenças).
- Exames prévios relevantes (imagem, biópsia, exames laboratoriais).

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 110.39 da ANS para cobertura do procedimento SÍNDROMES DE ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS SUBMICROSCÓPICAS NÃO RECONHECÍVEIS CLINICAMENTE (ARRAY)..

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____