

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO HEREDITÁRIOS – GENE BRCA1 E BRCA2– DUT 110.7

INDICAÇÃO CLÍNICA

Justificativa Clínica

- ☐ Diagnóstico atual ou prévio de câncer de mama e/ou ovário epitelial
- ☐ História familiar sugestiva de câncer hereditário (descrever abaixo)
- ☐ Paciente com critérios clínicos para Síndrome de Câncer de Mama e Ovário Hereditários
- ☐ Paciente com critérios clínicos para Síndrome de Lynch ou Peutz-Jeghers
- ☐ Outros (especificar): _____

Descrição da história familiar e/ou clínica relevante:

Exames Solicitados

- ☐ Sequenciamento dos genes BRCA1 e BRCA2
- ☐ MLPA para detecção de grandes deleções/duplicações nos genes BRCA1 e BRCA2
- ☐ Painel genético ampliado (se BRCA1/2 negativos e critérios adicionais presentes)

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

Relatório médico detalhado

Laudos médicos

Exames anteriores

Heredograma (se disponível)

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 110.7 da ANS para cobertura do CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO HEREDITÁRIOS – GENE BRCA1 E BRCA2.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____