

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

DOENÇAS RELACIONADAS AO COLÁGENO DO TIPO 2 (COL2A1), INCLUINDO DISPLASIA ESPÔNDILO-EPIFISÁRIA CONGÊNITA, DISPLASIA DE KNIEST, DISPLASIA ESPÔNDILO-EPI-METAFISÁRIA DO TIPO STRUDWICK, DISPLASIA PLATISPONDÍLICA DO TIPO TORRANCE, SÍNDROME DE STICKLER TIPO I -DUT 110.14

INDICAÇÃO CLÍNICA

Diagnóstico Clínico

CID-10: _____

Doença relacionada ao COL2A1:

- ☐ Displasia espôndilo-epifisária congênita
- ☐ Displasia de Kniest
- ☐ Displasia espôndilo-epi-metafisária do tipo Strudwick
- ☐ Displasia platispôndilica do tipo Torrance
- ☐ Síndrome de Stickler tipo I

Justificativa Clínica para o Procedimento

Descrever os sinais clínicos, histórico familiar, exames realizados e motivo da solicitação:

Procedimento Solicitado

Nome do exame/procedimento: _____

Código TUSS: _____

Técnica:

- ☐ Sequenciamento de nova geração (NGS)

☐ CGH-Array

☐ MLPA

☐ FISH

☐ Outro: _____

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. **Solicitação médica detalhada**, emitida por um especialista habilitado (como geneticista, ortopedista ou reumatologista), contendo:
 - Justificativa clínica para o exame.
 - Hipótese diagnóstica.
 - Histórico familiar e pessoal da condição suspeita.
2. **Relatório clínico completo**, incluindo:
 - Sinais e sintomas apresentados.
 - Resultados de exames prévios (imagem, laboratoriais, etc.).
 - Anamnese e exame físico.
3. **Análise de heredograma**, se aplicável, para avaliação de padrão de herança familiar.
4. **Exames complementares já realizados**, como:
 - Radiografias.
 - Ressonância magnética.
 - Exames laboratoriais que sustentem a suspeita clínica.
5. **Laudo do exame genético**, se já realizado anteriormente (como FISH, PCR, NGS etc.).

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 110.14 da ANS para cobertura do procedimento DOENÇAS RELACIONADAS AO COLÁGENO DO TIPO 2 (COL2A1), INCLUINDO DISPLASIA ESPÔNDILO-EPIFISÁRIA CONGÊNITA, DISPLASIA DE KNIEST, DISPLASIA ESPÔNDILO-EPI-METAFISÁRIA DO TIPO STRUDWICK, DISPLASIA PLATISPONDÍLICA DO TIPO TORRANCE, SÍNDROME DE STICKLER TIPO I.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____