

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 3 (COL3A1), EHLERS-DANLOS TIPO IV E ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL FAMILIAL (AAA)- DUT 110.15

INDICAÇÃO CLÍNICA

INDICAÇÃO CLÍNICA

☐ Características clínicas compatíveis com Síndrome de Ehlers-Danlos tipo IV

☐ História familiar de aneurisma aórtico abdominal

☐ Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (ANEXAR CÓPIAS)

☐ Análise de heredograma

☐ Exames de imagem (ex: angiotomografia)

☐ Exames genéticos prévios

☐ Outros: _____

SOLICITAÇÃO DE EXAME GENÉTICO

Gene: COL3A1

Técnica: ☐ Sequenciamento por NGS (Next Generation Sequencing)

☐ Outra: _____

JUSTIFICATIVA CLÍNICA

(Descrever brevemente os achados clínicos e a necessidade do exame genético conforme DUT 110.15)

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. Solicitação médica detalhada, feita por um dos seguintes especialistas:

- Geneticista clínico
- Neurologista
- Oncologista clínico
- Hematologista

2. Relatório médico contendo:

- Justificativa clínica para o exame
- Histórico familiar e pessoal da doença
- Resultados de exames prévios (ex: exames de imagem, laboratoriais)
- Anamnese e exame físico detalhado
- Heredograma (quando aplicável)

3. Laudos de exames anteriores, como:

- Exames de imagem que indiquem aneurisma ou alterações vasculares
- Biópsias ou exames histopatológicos (se houver)

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 110.15 da ANS para cobertura do procedimento DOENÇAS RELACIONADAS AO COLÁGENO DO TIPO 3 (COL3A1), EHLERS-DANLOS TIPO IV E ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL FAMILIAL (AAA).

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____