

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

DOENÇAS RELACIONADAS AO GENE FMR1 (SÍNDROME DO X FRÁGIL, SÍNDROME DE ATAXIA/TREMOR ASSOCIADOS AO X FRÁGIL - FXTAS E FALÊNCIA OVARIANA PREMATURA - FOP)– DUT 110.16

INDICAÇÃO CLÍNICA

INDICAÇÃO CLÍNICA PARA O EXAME

(Preencher ao menos um dos critérios abaixo)

- ☐ Deficiência intelectual de causa não esclarecida
- ☐ Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor
- ☐ Transtorno do espectro autista (TEA)
- ☐ História familiar de Síndrome do X Frágil ou FXTAS
- ☐ Falência ovariana prematura (antes dos 40 anos)
- ☐ Tremor/ataxia de início tardio com suspeita de FXTAS
- ☐ Outros (especificar): _____

JUSTIFICATIVA CLÍNICA

(Descrever sinais, sintomas, histórico familiar e exames prévios realizados)

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. Solicitação médica:

- Emitida por médico especialista (neurologista, oncologista clínico, hematologista ou geneticista).
- Deve conter justificativa clínica detalhada.

2. Laudo médico:

- Com histórico clínico do paciente.
- Indicação da suspeita diagnóstica ou condição genética a ser investigada.

3. Exames prévios:

- Resultados de exames convencionais que não tenham sido conclusivos.
- Exames laboratoriais, de imagem ou genéticos anteriores.

4. Herograma (árvore genealógica):

- Quando aplicável, para evidenciar histórico familiar de doenças genéticas.

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 110.16 da ANS para cobertura do procedimento DOENCAS RELACIONADAS AO GENE FMR1 (SÍNDROME DO X FRÁGIL, SÍNDROME DE ATAXIA/TREMOR ASSOCIADOS AO X FRÁGIL - FXTAS E FALÊNCIA OVARIANA PREMATURA - FOP).

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____