

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/__

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

HEMOCROMATOSE– DUT 110.19

INDICAÇÃO CLÍNICA

Justificativa Clínica:

☐ Causas secundárias de sobrecarga de ferro foram excluídas.

☐ Saturação de transferrina > 45% em pelo menos duas dosagens:

- 1ª dosagem: _____% (Data: ____/____/____)

- 2ª dosagem: _____% (Data: ____/____/____)

Exame Solicitado:

☐ Análise molecular para confirmação de hemocromatose hereditária (ex: mutações no gene HFE)

Observações adicionais (se necessário):

-

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. Relatório médico detalhado:

- Justificativa clínica para o exame;
- Hipótese diagnóstica ou diagnóstico confirmado;
- Histórico familiar e pessoal relevante;
- Resultados de exames prévios (quando aplicável).

2. Laudos de exames anteriores, como:

- **Biópsias, exames de imagem, exames laboratoriais;**
- **Resultados de testes genéticos prévios (ex: BRCA1/BRCA2, se aplicável).**

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 110.19 da ANS para cobertura do procedimento HEMOCROMATOSE.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____