

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

NEOPLASIA ENDÓCRINA MÚLTIPLA TIPO 2A- MEN2A- DUT 110.24

INDICAÇÃO CLÍNICA

Informações Clínicas

CID: _____

Histórico familiar de MEN2A: () Sim () Não

Mutação genética RET identificada: () Sim () Não

Se sim, especificar: _____

Exames prévios realizados

Descrever exames realizados, datas e resultados relevantes:

Justificativa Clínica para a solicitação

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. Pedido médico detalhado contendo:

- Justificativa clínica para o exame.
- Hipótese diagnóstica ou diagnóstico confirmado.
- Indicação do exame específico solicitado.

2. Relatório clínico completo, incluindo:

- Histórico familiar e pessoal da condição suspeita.

- Resultados de exames prévios (imagem, laboratoriais, genéticos etc.).
- Heredograma (quando aplicável).

3. Laudos de exames anteriores, como:

- Biópsias, exames de imagem, exames laboratoriais.
- Resultados de testes genéticos prévios (se houver).

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 110.24 da ANS para cobertura do procedimento NEOPLASIA ENDÓCRINA MÚLTIPLA TIPO 2A– MEN2A.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ___/___/___