

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 I-MEN1– DUT 110.23

INDICAÇÃO CLÍNICA

Indicação Clínica

- ☐ Diagnóstico atual de Neoplasia Endócrina Múltipla Tipo I (MEN1)
- ☐ História familiar de MEN1
- ☐ Presença de tumores associados (☐ Paratireoide ☐ Pâncreas ☐ Hipófise ☐ Outros: _____)
- ☐ Outros sinais clínicos relevantes: _____

Exames Solicitados

- ☐ Análise molecular de DNA para MEN1
- ☐ Sequenciamento de gene MEN1
- ☐ Outros exames genéticos: _____

Justificativa Clínica

Descrever brevemente os achados clínicos, histórico familiar e exames prévios que justificam a solicitação:

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. Pedido médico detalhado contendo:

- Justificativa clínica.
- Hipótese diagnóstica.
- Finalidade do exame (diagnóstico, aconselhamento genético etc.).

2. Relatório médico com:

- Histórico clínico do paciente.
- Exames anteriores realizados.
- Heredograma (histórico familiar de doenças genéticas, se aplicável).

3. Laudos de exames complementares já realizados (exames de imagem, laboratoriais, etc.).

4. Cumprimento dos critérios da DUT, como:

- Presença de sinais clínicos indicativos da doença.
- Dúvidas diagnósticas persistentes após exames convencionais.
- Diagnóstico atual ou prévio de tumores característicos (como na Síndrome de Li-Fraumeni, por exemplo)

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 110.23 da ANS para cobertura do procedimento NEOPLASIA ENDÓCRINA MÚLTIPLA TIPO I-MEN1.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____