

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/__

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

OSTEOGÊNESE IMPERFEITA – DUT 110.25

INDICAÇÃO CLÍNICA

JUSTIFICATIVA CLÍNICA PARA SOLICITAÇÃO

- ☐ História familiar compatível com Osteogênese Imperfeita
- ☐ Presença de fraturas recorrentes com mínima ou nenhuma causa traumática
- ☐ Escleras azuladas
- ☐ Dentinogênese imperfeita
- ☐ Baixa estatura desproporcional
- ☐ Deformidades ósseas
- ☐ Outras manifestações clínicas: _____

EXAMES REALIZADOS (ANEXAR CÓPIAS)

- ☐ Radiografias
- ☐ Exames laboratoriais
- ☐ Exame genético anterior
- ☐ Outros: _____

OBJETIVO DA SOLICITAÇÃO

- ☐ Confirmação diagnóstica
- ☐ Aconselhamento genético
- ☐ Planejamento terapêutico
- ☐ Outro: _____

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. Solicitação médica detalhada 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.
- Resultados de exames prévios.
- Heredograma (quando aplicável).

3. Laudos de exames anteriores, como:

- Biópsias.
- Exames de imagem.
- Exames laboratoriais relevantes.

4. Critérios clínicos específicos da DUT 110.25, como:

- Indicação para investigação de síndromes genéticas específicas.
- Tumores do espectro da Síndrome de Lynch (ex: câncer colorretal, endométrio, ovário etc.).

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 110.25 da ANS para cobertura do procedimento OSTEOGÊNESE IMPERFEITA.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____