



**SOLICITAÇÃO DE CODIFICAÇÃO DE EXAMES DE GENÉTICA**  
**PESQUISA DAS MUTAÇÕES DA HEMOCROMATOSE HEREDITÁRIA**

FOR 029/00  
AUT  
Implantação: 08/2018

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome do paciente:

Nascimento:

Sexo: ( )Feminino ( )Masculino

Código do cartão:

Telefone:

**DADOS CLÍNICOS**

1. Existem casos semelhantes na família?

( ) Sim, qual o parentesco? .....  
( ) Não

2. Mutações Detectadas em Familiares?

.....  
.....  
.....

3. Dados Clínicos (Relatório Médico Detalhado):

.....  
.....  
.....  
.....

4. Ferritina Resultado

.....  
.....

5. Exames Comprobatórios Conforme Diretriz de Utilização da ANS do Rol Vigente

Saturação de Transferrina

Resultado 1: %

Data:

Resultado 2: %

Data:

Telefone do médico: ( )

Nome legível do paciente ou representante legal:

.....

Assinatura do médico/Carimbo

Assinatura do paciente ou representante legal

Data:

**PARA PREENCHIMENTO DA UNIMED**

Parecer de consultoria em genética:

Código a ser solicitado para o exame:

Taxa de coleta: R\$ 30,00

Taxa de envio do Material (valor de acordo com o destino):