





## SOLICITAÇÃO DE CODIFICAÇÃO DE EXAMES DE GENÉTICA

FOR 028/00  
AUT  
Implantação: 08/2018

### EXAMES SOLICITADOS

<input type="checkbox"/> MLPA	Nome do gene:
<input type="checkbox"/> Sequenciamento de Região Codificante	Nome do gene:
<input type="checkbox"/> Sequenciamento de Mutação Específica 1	Nome do gene:
Nome da mutação:	Família na qual foi identificada:
<input type="checkbox"/> Sequenciamento de Mutação Específica 2	Nome do gene:
Nome da mutação:	Família na qual foi identificada:
<input type="checkbox"/> PCR de Mutação Específica	Nome da mutação:
<input type="checkbox"/> FISH	Região estudada:
<input type="checkbox"/> CGH-Array	
Observações/outros:	

### RELATÓRIO MÉDICO:

Dados clínicos, exames anteriores (especialmente se houver teste genético prévio); Exames comprobatórios conforme Diretrizes de Utilização da ANS do Rol vigente para a doença em estudo; \*Anexar laudos:

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):