



S R.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA
GUARDA NACIONAL REPUBLICANA
DIREÇÃO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA NA DOENÇA
DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA NA DOENÇA
REGRAS PEDIDOS DE AUTORIZAÇÕES

Normas

1. SITUAÇÕES E ATOS QUE CARECEM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

- a.** Atos identificados com a alínea (A) ou situações identificadas nas regras da tabela como necessitando de Autorização Prévia nas tabelas do regime convencionado da ADSE. Isto inclui:
- Códigos assinalados com a alínea (A);
 - Combinação de códigos;
 - Outras situações que constem nas tabelas da ADSE.
- b.** O SAD/GNR não tem implementada a ferramenta de informação clínica (IC) da ADSE (para os casos de pedidos de medicina física e reabilitação).

2. REGRAS A OBSERVAR NO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

a. Prazos Aplicáveis

- Regra geral: o pedido deve ser submetido com uma antecedência mínima de 10 dias e máxima de 30 dias de calendário (seguidos) relativamente à data prevista do ato/procedimento.
- Pedidos com data prevista inferior a 10 dias de calendário só são admitidos nas situações previstas nas exceções seguintes.
 - Para tratamentos de Radioncologia/Radioterapia e Quimioterapia, o pedido pode ser submetido até 2 de calendário antes do início do tratamento.
 - Urgência clinicamente fundamentada: ver ponto **b**.
- A SAD/GNR procede a triagem de completude e, quando aplicável, solicita elementos em falta no prazo indicativo de 3 dias de calendário, suspendendo-se a contagem do prazo de decisão até à receção dos elementos em falta.
- A SAD/GNR decide e comunica o resultado no prazo de 7 dias de calendário, contado a partir da data de receção do processo completo.
- A decisão (deferimento/indeferimento/condicionamento) é comunicada por email ao prestador que submeteu o pedido, para o endereço indicado no processo. Sempre que aplicável, a SAD/GNR procede também à comunicação ao beneficiário por via adequada, salvaguardando a proteção de dados.
- A autorização prévia tem validade de 90 (noventa) dias de calendário, contados da data da decisão de autorização, devendo o ato/procedimento ser realizado dentro desse prazo.
- Caso o ato/procedimento não seja realizado dentro do prazo referido, a autorização considera-se caducada, não podendo ser utilizada após esse termo.
- A realização do ato/procedimento após o termo da validade carece da submissão de novo pedido de autorização prévia, devidamente instruído, para nova apreciação e decisão.

- 9) A autorização prévia é emitida atendendo à verificação do direito do beneficiário ao SAD/GNR na data da decisão.
- 10) Caso o beneficiário deixe de reunir condições de elegibilidade/direito ao SAD/GNR, a autorização prévia considera-se sem efeito a partir dessa data, devendo a SAD/GNR informar o prestador e o beneficiário logo que tenha conhecimento do facto.
- 11) No âmbito deste procedimento, não existe deferimento tácito, salvo quando lei ou regulamento aplicável atribua ao silêncio da Administração o valor de deferimento.

b. Situações de urgência clinicamente fundamentada (execução sem Autorização Prévia)

- 1) Considera-se urgência clinicamente fundamentada a situação em que a não realização imediata ou em prazo clinicamente curto do ato/procedimento seja suscetível de implicar risco elevado de:
 - i. vida;
 - ii. perda de função/órgão;
 - iii. agravamento rápido e significativo do quadro clínico;
 - iv. dano irreversível; ou
 - v. perda comprovável de janela terapêutica.
- 2) Nestes casos, o ato/procedimento pode ser realizado sem Autorização Prévia, não equivalendo tal realização a deferimento tácito nem dispensando decisão expressa.
- 3) O prestador deve remeter o pedido e a documentação de suporte no prazo máximo de 3 dias de calendário após a realização do ato/procedimento, com justificação clínica expressa da urgência.
- 4) A SAD/GNR pode solicitar elementos adicionais quando necessário.

c. Documentação obrigatória a enviar

Tabela/Códigos onde é aplicável	Documentação a apresentar
Medicina Física e de Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ficheiro Excel ➤ Formulário de Autorização Prévia Anexo VIII ➤ Prescrição médica de fisioterapia ➤ Relatório médico quando necessário

Próteses Intraoperatórias e outras	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ficheiro Excel ➤ Formulário de Autorização Prévia Anexo V, com indicação de ICD9 ➤ Consultar tabela 12 de ADSE (regras aplicáveis e/ou requisitos/documentos associados aos códigos)
Cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ficheiro Excel ➤ Formulário de Autorização Prévia Anexo V ➤ Relatório médico atual e circunstanciado; inclusão do orçamento do procedimento. ➤ Para alguns dos códigos, outros documentos de suporte - Consultar tabela 23 da ADSE em vigor,
Internamento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ficheiro Excel ➤ Formulário de autorização prévia Anexo VII ➤ Relatório Médico (onde conste informação clínica completa, com a descrição da data de previsão de consolidação ou cura do quadro clínico atual, bem como prognóstico que apresenta e terapêutica que realiza)
Medicina e Medicina Nuclear	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ficheiro Excel ➤ Formulário de Autorização Prévia Anexo V, com indicação de ICD9 ➤ Relatório médico atual e circunstanciado; ➤ Orçamento do procedimento. (pacotes/preço fechado) ➤ Consultar tabelas 23, 24 da ADSE em vigor
Radioncologia e Radioterapia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ficheiro Excel ➤ Formulário de Autorização Prévia Anexo VI, com indicação de ICD9 ➤ Relatório médico atual e circunstanciado ➤ Orçamento do procedimento e protocolo terapêutico. ➤ Consultar tabela 23 (documentos de suporte) da ADSE em vigor
Medicina Dentária	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ficheiro Excel ➤ Formulário de Autorização Prévia Anexo XIII ➤ Relatório médico a justificar a necessidade

1) Lista de formulários de Autorização Prévia:

- a) Anexo V — Formulário de Autorização Prévia para Cirurgia / Próteses intraoperatórias / Medicina / Medicina Nuclear;
- b) Anexo VI — Formulário de Autorização Prévia para Radioncologia / Radioterapia;
- c) Anexo VII — Formulário de Autorização Prévia para Internamento;
- d) Anexo VIII — Formulário de Autorização Prévia para Fisioterapia;
- e) Anexo XIII — Formulário de Autorização Prévia para Medicina Dentária;

- 2) Instruções de preenchimento do ficheiro Excel (modelo SAD/GNR): O preenchimento e nomeação do ficheiro Excel obedecem às Instruções constantes do apêndice I (obrigatórias).
- 3) Ao SAD/GNR reserva-se no direito de requerer, sempre que entenda necessário, qualquer outra informação entendida como pertinente, mas como regra geral estabelece que para além do formulário e do modelo de excel próprios, os documentos exigidos são os mesmos que a ADSE.

d. Envio

- 1) Os pedidos de autorização prévia devem ser remetidos pela entidade convencionada para o SAD/GNR devidamente instruídos, completos e em conformidade com as normas em vigor, e sempre dentro dos prazos aplicáveis.
- 2) Todos os campos dos formulários devem ser preenchidos na íntegra, de forma legível, sem omissões, e acompanhados de toda a documentação de suporte aplicável ao ato/procedimento.
- 3) Para efeitos de triagem e celeridade, deverá ser enviado um email por pedido/processo, contendo no assunto, preferencialmente: “AP – [N.º Beneficiário] – [Tipo de ato/procedimento] – [Data prevista]”.
- 4) Endereços de email para envio dos pedidos de autorização prévia:
- 5) Medicina Física e de Reabilitação e Medicina Dentária: cari.dsad.dad.ortomfr@gnr.pt
- 6) Cirurgias, Internamentos, Próteses intraoperatórias, Medicina, Medicina Nuclear, Radioncologia e Radioterapia: cari.dsad.dad.intercirur@gnr.pt

e. Entrada em vigor

- 1) As presentes normas produzem efeitos para os atos médicos a realizar a partir de 01 de abril de 2026. Os pedidos submetidos antes desta data e já decididos mantêm-se válidos, nos termos da decisão proferida.
- 2) Período de transição: entre 01 de abril e 30 de junho de 2026, os pedidos que não cumpram integralmente as presentes instruções são objeto de pedido de suprimento de elementos, suspendendo-se a contagem do prazo de decisão até à receção dos elementos em falta.
- 3) O período de transição destina-se apenas a permitir a regularização formal dos pedidos, não dispensando, em caso algum, a obrigatoriedade de Autorização Prévia nem a aplicação das regras em vigor.
- 4) A partir de 01 de julho de 2026, os pedidos rececionados que não observem os requisitos mínimos de instrução (designadamente: ficheiro Excel obrigatório, formulário aplicável e documentação clínica/orçamental/protocolo quando exigidos) serão devolvidos ao prestador para correção e nova submissão.

APÊNDICE I

MANUAL DE PREENCHIMENTO DO EXCEL

1. Finalidade

Este anexo estabelece as regras e instruções para nomeação do ficheiro e preenchimento dos campos do modelo Excel utilizado no envio de pedidos de autorização prévia, garantindo uniformização, triagem e tratamento célere dos pedidos.

2. Nome do ficheiro (obrigatório)

O ficheiro Excel deve ser nomeado com a seguinte estrutura:

- NIFDATAHORA (NIF da Clínica/Hospital/Santa Casa..., seguido da data e hora do envio (24 horas) sem espaços.

Exemplo: 500000000202603041315.xlsx (formato AAAAMMDDHHMM).

3. Regras gerais de preenchimento

- Os pedidos devem ser remetidos sempre completos e de acordo com as normas em vigor; todos os campos obrigatórios devem estar preenchidos na íntegra.
- Não altere a estrutura do ficheiro (linhas/colunas/cabeçalhos) nem o conteúdo de validações/listas/macro.
- Quando existir lista de seleção (macro), selecione a opção pretendida na listagem e não escreva manualmente.
- Os valores devem ser introduzidos apenas em formato numérico (sem símbolo €), com duas casas decimais quando aplicável.

4. Campos do ficheiro (descrição e regras)

N.º de referência: Número de referência interno do prestador (numeração própria para identificar e numerar os pedidos).

Data do pedido: Data do dia em que o email é enviado para os serviços da SAD/GNR.

Contribuinte: NIF da Clínica/Hospital/Santa Casa... (Entidade prestadora do serviço).

Filial: Número de ordem atribuído pelo SAD à Entidade (normalmente "1"). Em caso de dúvida, consultar o acordo.

Nome do prestador: Clínica/Hospital/Santa Casa... (Entidade prestadora do serviço).

Email do prestador: Email do serviço que efetua o pedido; será o endereço utilizado para envio das respostas.

Pedido de fisioterapia: Campo com valor por defeito no modelo (ficheiro); deverá selecionar o pedido pretendido na listagem (macro), em vez de escrever manualmente.

N.º do beneficiário: Número de beneficiário SAD/GNR constituído por 10 dígitos.

Nome (beneficiário): Nome do beneficiário.

Data (na linha do beneficiário): Data correspondente ao dia em que o email é enviado para os serviços.

Quantidade: Quantidade associada ao código do ato médico.

Descrição: Descrição do ato médico.

Código: Código do ato médico constante da tabela ADSE em vigor.

Códigos CDM / NPDM / CHNM: preencher conforme a correspondência abaixo:

- Para o código 37501 — indicar “CDM”.
- Para os códigos 37503 e 37504 — indicar “NPDM”.e CDM
- Para os códigos 6631, 6638 e 6636 — indicar “CHNM”.

Valores (€): preencher, por linha/código, o valor SAD, o valor Beneficiário e o Total.

5. Médico responsável e número(s) de dente

N.º da cédula: Número da cédula do médico responsável pela realização do ato médico.

Nome (médico): Nome do médico.

N.º dentes: Quando aplicável/obrigatório, indicar o(s) dente(s) sem espaços. Ex.: dentes 11, 12 e 23 → “111223”.

6. Validação antes do envio (checklist)

- Nome do ficheiro conforme “NIFDATAHORA”.
- Email do prestador correto (é o canal de receção de respostas).
- Beneficiário com 10 dígitos e campos de identificação completos.
- Ato(s) médico(s) com quantidade, descrição, código e valores preenchidos.
- Campo CDM/NPDM/CHNM preenchido quando aplicável (códigos específicos).
- Médico: n.º de cédula e nome preenchidos; n.º de dentes preenchido quando obrigatório.

7. Modelo (imagem)

Segue imagem do modelo Excel de referência:

MINISTERIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA GUARDA NACIONAL REPUBLICANA DIREÇÃO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA NA DOENÇA DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA NA DOENÇA PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA										
Nome do Prestador:		PEDIDO DE FISIOTERAPIA					TOTAIS:	SAD	Beneficiário	TOTAL
Email:										
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO		ATO MÉDICO				VALORES (€)				
N.º Beneficiário	Nome	Data	Quantidade	Descrição	Código	CDM/NPDM/CHNM	SAD	Beneficiário	Total	

Figura 1 — Modelo Excel (Pedido de Autorização Prévia)