

**ANEXO V — PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA****Cirurgia / Próteses intraoperatórias / Medicina / Medicina Nuclear****1) Identificação mínima (para triagem e parecer)**

<b>Nome da entidade</b>	
<b>NIF da entidade</b>	
<b>Email para resposta</b>	
<b>Beneficiário (nome)</b>	
<b>N.º Beneficiário SAD/(GNR (10 dígitos)</b>	
<b>Validade cartão SAD/GNR</b>	
<b>Endereço eletrónico ou Contato do beneficiário</b>	
<b>Data prevista do ato/procedimento</b>	

**2) Enquadramento clínico (resumo) Diagnóstico/indicação clínica (resumo objetivo):**

<b>ICD9 (diagnóstico/procedimento)</b>	
<b>Caráter do pedido</b>	<input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Próteses <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear

**3) Atos/procedimentos propostos**

<b>Código ADSE</b>	<b>Designação</b>	<b>Qt.</b>	<b>Valor SAD (€)</b>	<b>Valor Benef. (€)</b>

**4) Próteses intraoperatórias (se aplicável)**

Código ADSE	NPDM	CDM	Designação	Qt.	Valor SAD (€)

**5) Totais (se aplicável)**

Total SAD/GNR (€)	
Total Beneficiário (€)	
Total (€)	

**6) Checklist de documentação (obrigatória)**

- Ficheiro Excel (obrigatório)
- Relatório médico atual e circunstanciado (obrigatório)
- Orçamento do procedimento, assinado e datado pelo beneficiário (obrigatório)
- Documentos de suporte adicionais (quando aplicável) — Tabelas ADSE (ex.: Tabela 23/24)

**7) Checklist adicional — apenas para CDM'S "sem preço / fora de tabela" (quando aplicável)**

- Proforma/fatura/cotação do item (com preço unitário e identificação do emissor)
- Justificação clínica específica para o item "sem preço" (inclui alternativas consideradas)
- Declaração/nota de que o item não consta da tabela / sem teto aplicável (quando aplicável)

**PARECER DO ASSESSOR MÉDICO (SAD/GNR)**

Decisão clínica:  Deferir  Indeferir  Condicionar

Condições/observações (incl. documentação adicional, limites, prazos):

Data Nome e nº cédula) Assinatura
---