

**ANEXO VI — PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA*****Radioncologia / Radioterapia / Quimioterapia*****1) Identificação mínima**

Nome da entidade	
NIF da entidade	
Email para resposta	
Beneficiário (nome)	
N.º Beneficiário SAD (10 dígitos)	
Validade do cartão SAD/GNR	
Endereço eletrónico ou Contato do beneficiário	
Data de início prevista do tratamento	

2) Enquadramento clínico

Diagnóstico/indicação clínica (resumo objetivo):

ICD9 (diagnóstico/procedimento)	
--	--

--

3) Atos/medicação propostos (resumo para parecer)

Código ADSE	Designação	Qt.	CHNM (se aplicável)	Valor SAD (€)	Valor Benef. (€)

4) Totais (se aplicável)

Total SAD (€)	
Total Beneficiário (€)	
Total (€)	

5) Checklist de documentação (obrigatória)

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

6) Checklist adicional — apenas para atos/medicação “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
