

**ANEXO VII — PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA*****Internamento*****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 prevista do internamento	

2) Enquadramento (extraídos do relatório)

--

3) Dados clínicos essenciais para o parecer (extraídos do relatório)

Diagnóstico principal	
ICD9 (diagnóstico)	
Objetivo do internamento	
Período previsível	N.º de dias: ____ De ____/____/20____ a ____/____/20____

Prognóstico	
Terapêutica em curso	
Data previsível de consolidação/cura	___/___/20___

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

4) Checklist de documentação (obrigatória)

- Ficheiro Excel (obrigatório)
- Relatório médico circunstanciado completo (obrigatório) com: data previsível de consolidação/cura, prognóstico e terapêutica
- Orçamento do procedimento, assinado e datado pelo beneficiário (obrigatório)

PARECER DO ASSESSOR MÉDICO (SAD/GNR)

Decisão clínica: Deferir Indeferir Condicionar

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

Data
Nome e nº cédula)
Assinatura