

**ANEXO XIII — PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA*****Medicina Dentária*****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 tratamento	

2) Tratamento proposto (resumo para parecer)

Ato(s) proposto(s) — resumo (código(s) ADSE e designação):

Dente(s) / numeração : _____

Quantidade(s) (quando aplicável): _____

3) Justificação clínica (resumo)

Justificação objetiva (não substitui o relatório médico):

4) Checklist de documentação (obrigatória)

- Ficheiro Excel (obrigatório)
- Relatório médico a justificar a necessidade (obrigatório)
- Orçamento do procedimento, assinado e datado pelo beneficiário (obrigatório)
- Documentos de suporte adicionais (quando aplicável segundo as regras da Tabela 9 -
MEDICINA DENTÁRIA)

PARECER DO ASSESSOR MÉDICO (SAD/GNR)

Decisão clínica: Deferir Indeferir Condicionar

Condições/observações (incl. documentação adicional, limites,

	Data Nome e nº cédula) Assinatura