



PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA
OU DE PRORROGAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

A enviar ao Serviço de Liquidação adequado do Regime Comum de Seguro de Doença(RCSD):
ver morada na última página

Apelido e nome próprio do inscrito:.....
N.º Pessoal/Pensão:.....
Instituição e local de afectação:..... Endereço administrativo:.....
Tel :
Endereço privado caso esteja aposentado / e-mail:
.....
.....
Data em que termina o vínculo laboral/ data do final do contrato:..... (agentes contratados ou pessoal contratado)

Pedido de **autorização prévia** de ¹ :
 inscrito no Regime cônjuge ou parceiro reconhecido filho pessoa equiparada a filho a cargo.
Apelido e nome próprio: Data de nascimento:.....

Pedido de **PRORROGAÇÃO** de autorização prévia de ¹ :
 inscrito no Regime cônjuge ou parceiro reconhecido filho pessoa equiparada a filho a cargo.
Apelido e nome próprio :..... Data de nascimento:.....
Referência da decisão prévia relativa à AP: Termo do prazo de validade:.....

Tratamentos que **excedem** o número máximo de sessões anuais sem autorização prévia (especificar o tipo de tratamento) ⁽⁴⁾
.....

Mediante receita / relatório médico pormenorizado (a anexar em envelope fechado ao cuidado do médico assessor) ²
do Dr. **em:**

Pedido ligado a :
 DOENÇA GRAVE: referência da decisão **Termo do prazo de validade**.....
 ACIDENTE: que envolveu o inscrito: **data do acidente**
 que envolveu uma pessoa segurada por intermédio de um inscrito no RCSD (apenas em caso de responsabilidade de terceiros)
 DOENÇA (ACIDENTE) DO TRABALHO : data

Tomei conhecimento das condições e regras em vigor, que me comprometo a respeitar:

Data

Assinatura

Inscrito¹

Outra pessoa em representação do requerente:

Apelido e nome próprio:.....

Tratado em conformidade com o Regulamento n.º 45/2001 - https://intracomm.ec.europa.eu/pers_admin/sick_insur/pdf/confidentialite_en_art72_73.pdf

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PREVIA RELATIVO A ³:

¹ Assinalar com uma cruz a casa adequada.

² Alguns tratamentos estão sujeitos a condições específicas em termos de receita médica (como sucede com a psicoterapia prescrita por um psiquiatra / neuropsiquiatra / neurologista): consultar o Título II das DGE para mais informações sobre as condições e especificidades dos vários tratamentos.

TRATAMENTOS DIVERSOS		Notas	Código RCSD
Número de sessões com receita médica:			
<input type="checkbox"/>	Drenagem linfática	1	401
<input type="checkbox"/>	Ergoterapia (terapêutica ocupacional)	1	402
<input type="checkbox"/>	Recuperação funcional pluridisciplinar no ambulatório	1	403
<input type="checkbox"/>	Recuperação pelo método de escola das costas / MDX / DBC	1	404
<input type="checkbox"/>	Quiropraxia/osteopatia para crianças com menos de 12 anos	1 + 2	405
<input type="checkbox"/>	Mesoterapia	1	407
<input type="checkbox"/>	Raios ultravioletas	1	408
<input type="checkbox"/>	Tratamentos por ondas de choque em reumatologia	1	409
<input type="checkbox"/>	Psicoterapia efectuada por psicólogo / psicoterapeuta: sessão individual	1	420
<input type="checkbox"/>	Psicoterapia efectuada por psicólogo / psicoterapeuta: sessão familiar	1	421
<input type="checkbox"/>	Psicoterapia efectuada por psicólogo / psicoterapeuta: sessão de grupo	1	422
<input type="checkbox"/>	Balanço neuropsicológico pluridisciplinar	1	424
<input type="checkbox"/>	Logopedia/ortofonia para crianças maiores de 12 anos	1	426/427
<input type="checkbox"/>	Ortótica	1	429
<input type="checkbox"/>	Endermologia não estética	1 + 2	431
<input type="checkbox"/>	Depilação: limitada	1 + 2	432
<input type="checkbox"/>	Depilação: alargada	1 + 2	433
<input type="checkbox"/>	Tratamento por laser ou fototerapia dinâmica (dermatologia)	1 + 2	434
<input type="checkbox"/>	Tratamento por laser efectuada por um clínico geral	1 + 2	441
<input type="checkbox"/>	Câmara hiperbárica	1	440
<input type="checkbox"/>	Qualquer outro tratamento não especificado no ponto 2 do capítulo 8 do título II das DGE	1 + 2	441 / 950
<input type="checkbox"/>	Tratamentos que excedem o número máximo de sessões anuais sem autorização prévia (especificar o tipo de tratamento) ⁴	1 + 2	

AUXILIARES MÉDICOS		Notas	Código RCSD
<input type="checkbox"/>	Tratamento por pessoal de enfermagem para além dos serviços no domicílio	1	560

PRESTAÇÕES DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/>	Serviços de auxiliares de enfermagem temporários (até 60 dias)	1 + 3	760
<input type="checkbox"/>	Serviços de auxiliares de enfermagem de longa duração	1 + 3	761/762
<input type="checkbox"/>	Serviços de auxiliares de enfermagem em meio hospitalar	1	763

DESPESAS DE PERMANÊNCIA EM ESTABELECIMENTOS PARAMÉDICOS			
<input type="checkbox"/>	Permanência / tratamento em estabelecimentos de repouso ou de saúde	1 + 3	701 a 704 / 720 / 721
<input type="checkbox"/>	Permanência / tratamento num centro de dia	1 + 3	711 a 714 / 720 / 722
<input type="checkbox"/>	Permanência / tratamento num centro de desintoxicação não hospitalar	1	730 a 732

NOTAS: Informações adicionais a fornecer:

Completar o pedido de autorização prévia tendo em conta as observações relativas a cada um dos tratamentos acima indicados:

Nota 1:

Nome do médico (prestador de cuidados) / estabelecimento:

Qualificações do médico (prestador de cuidados) / tipo de estabelecimento:

Morada (+ Tel. / Fax se possível):

.....

.....

Nota 2: Especificar o tipo de intervenção / tratamento / aparelho / produto / outro (ver receita médica)

.....

.....

Nota 3: Formulário de avaliação da autonomia funcional a preencher pelo médico assistente (consultar Capítulo 3 do Título II das DGE)

³ Assinalar com uma cruz a casa adequada

⁴ **Número de sessões anuais sem AP:** : cinesiterapia, fisioterapia e tratamentos equiparáveis(60); quiropraxia/osteopatia para pessoas com idade igual ou superior a 12 anos (24); acupunctura (30); aerossolterapia (30); consulta de um nutricionista (10); psicoterapia efectuada por psiquiatra (30); logopedia/ortofonia para crianças até aos 12 anos (180 ao longo de vários anos); psicomotricidade, grafomotricidade (60); pedicura médica (12)

ANÁLISES E EXAMES		Notas	Código RCSD
<input type="checkbox"/>	Especificar as análises / exames sujeitos a autorização prévia	2	545

PRODUTOS FARMACÊUTICOS		Notas	Código RCSD
<input type="checkbox"/>	Especificar os produtos farmacêuticos sujeitos a autorização prévia	2	521 / 523/ 525
<input type="checkbox"/>	Produtos dietéticos	2	522

HOSPITALIZAÇÕES, INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS E FECUNDAÇÃO IN VITRO		Notas	Código RCSD
<input type="checkbox"/>	Hospitalização e cuidados específicos sujeitos a autorização prévia	1 + 2	221
<input type="checkbox"/>	Intervenções de cirurgia plástica correctiva ou reparadora	1 + 2	201 à 209
<input type="checkbox"/>	Fecundação <i>in vitro</i> (F.I.V.)	2	260/261

CURAS		Notas	Código RCSD
<input type="checkbox"/>	Custo da permanência / cuidados por cura de convalescência	1	490 / 491
<input type="checkbox"/>	Custo dos cuidados por cura termal	1 + 2	492 à 498
<input type="checkbox"/>	Custo dos cuidados por cura termal em caso de doença grave	1 + 2	499

DESPESAS DE TRANSPORTE			Código RCSD
<input type="checkbox"/>	Despesas de transporte não urgente sujeito a AP meio de transporte : Frequência (número de viagens de ida/volta): Km ida/volta:.....		291
<input type="checkbox"/>	Despesas de transporte do acompanhante meio de transporte : Frequência (número de viagens de ida/volta): Km ida/volta: Nome do acompanhante:		291

DESPESAS DE ACOMPANHAMENTO		Notas	Código RCSD
<input type="checkbox"/>	Despesas de acompanhamento num estabelecimento médico Número de dias: Nome do acompanhante:	1	222
<input type="checkbox"/>	Despesas de acompanhamento (de cura de criança com idade inferior a 14 anos) Número de dias: Nome do acompanhante:	1	222

NOTAS: Dados adicionais a apresentar:

Completar o pedido de autorização prévia tendo em conta as observações relativas a cada um dos tratamentos acima indicados :

Nota 1:

Nome do médico (prestador de cuidados) / estabelecimento:

Qualificações do médico (prestador de cuidados) / tipo de estabelecimento:

Morada (+ Tel. / Fax se possível):

.....

.....

.....

Nota 2: Especificar o tipo de intervenção / tratamento / aparelho / produto / outro (ver receita médica)

.....

.....

APARELHOS ORTOPÉDICOS E OUTRO EQUIPAMENTO MÉDICO		Notas	Código RCSD
Preço de aquisição:			
<input type="checkbox"/>	Aparelhos auditivos : casos especiais – DGE – Título II, Capítulo 11, ponto 2.4 (crianças até aos 18 anos / doença grave do foro auditivo)	2	821
<input type="checkbox"/>	Equipamento para diabetes tratada com insulina	2	842
<input type="checkbox"/>	Equipamento para diabetes do tipo 2	2	843
<input type="checkbox"/>	Glucómetro para diabetes		875
<input type="checkbox"/>	Material para incontinência		844
<input type="checkbox"/>	Sapatos ortopédicos correctivos feitos por medida	2	855 / 856
<input type="checkbox"/>	Prótese capilar / peruca		861
<input type="checkbox"/>	Membros artificiais e segmentos de membros: aquisição / reparação	2	862
<input type="checkbox"/>	CPAP (apneia do sono): aquisição		865
<input type="checkbox"/>	CPAP (apneia do sono): período de aluguer igual ou superior a 3 meses		866
<input type="checkbox"/>	CPAP: acessórios e manutenção (não incluindo o ano de compra)		867
<input type="checkbox"/>	Esfigmomanómetro		870
<input type="checkbox"/>	Aerossóis: aquisição		871
<input type="checkbox"/>	Aerossóis: período de aluguer igual ou superior 3 meses		872
<input type="checkbox"/>	Sistemas de vácuo para tratamento da impotência		876
<input type="checkbox"/>	Aparelho de medição do tempo de coagulação (em caso de tratamento anticoagulante toda a vida)		877
<input type="checkbox"/>	Andarilho: aquisição		881
<input type="checkbox"/>	Andarilho: período de aluguer igual ou superior a 3 meses		882
<input type="checkbox"/>	Cadeira sanitária, cadeira de banho: aquisição		883
<input type="checkbox"/>	Cadeira sanitária, cadeira de banho : período de aluguer igual ou superior a 3 meses		884
<input type="checkbox"/>	Cama hospitalar (no domicílio) : aquisição		885
<input type="checkbox"/>	Cama hospitalar (no domicílio) : período de aluguer igual ou superior a 3 meses		886
<input type="checkbox"/>	Colchão anti-escara : aquisição		887
<input type="checkbox"/>	Colchão anti-escara : período de aluguer igual ou superior a 3 meses		888
<input type="checkbox"/>	Cadeiras de rodas : aquisição	2	890
<input type="checkbox"/>	Cadeiras de rodas : aluguer	2	891
<input type="checkbox"/>	Cadeiras de rodas : reparação	2	892
<input type="checkbox"/>	Outro material + material de custo superior a 2000 € (obrigatórios 2 orçamentos comparativos pormenorizados)	2	895
<input type="checkbox"/>	Outro material : aluguer	2	896

NOTAS: Dados adicionais a apresentar :

Completar o pedido de autorização prévia tendo em conta as observações relativas a cada um dos tratamentos acima indicados :

Nota 2: Especificar o tipo de intervenção / tratamento / aparelho / produto / outro (ver receita médica)

.....

Endereço dos Serviços de Liquidação do Regime Comum de Seguro de Doença (RCSD)

Serviço de Liquidação de Bruxelas Comissão Europeia SC27 00/05 B-1049 Bruxelles	Serviço de Liquidação de Ispra Comissão Europeia PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra (Va)	Serviço de Liquidação do Luxemburgo Comissão Europeia DRB - B1/061 L-2920 Luxembourg
--	--	---

<https://ec.europa.eu/pmo/contact/>

+ 32 (0)2 29 **97777**