



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 <sup>1</sup> :
- 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 <sup>1</sup> :
- 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) <sup>(4)</sup>  
.....

**Mediante receita / relatório médico pormenorizado (a anexar em envelope fechado ao cuidado do médico assessor) <sup>2</sup>**  
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

- Inscrito<sup>1</sup>  
 Outra pessoa em representação do requerente:  
Apelido e nome próprio:.....

Treatment in conformity with Regulation (UE) 2018/1725 [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L\\_.2018.295.01.0039.01.ENG&toc=OJ.L:2018:295:TOC](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2018.295.01.0039.01.ENG&toc=OJ.L:2018:295:TOC)

<sup>1</sup> Assinalar com uma cruz a casa adequada.

<sup>2</sup> 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.

## PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PREVIA RELATIVO A 3:

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) <sup>4</sup> .....	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)**

<sup>3</sup> Assinalar com uma cruz a casa adequada

<sup>4</sup> **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); aerosolterapia (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)

--

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

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

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

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

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

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

**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 € <b>(obrigatórios 2 orçamentos comparativos pormenorizados)</b>	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)**

Brussels Settlements Office European Commission	Ispra Settlements Office European Commission	Luxemburg Settlements Office European Commission
JSIS Brussels – Prior authorisation B-1049 Brussels	JSIS Ispra - Prior authorisation PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-211027 Ispra	JSIS Luxembourg - Prior authorisation DRB - B1/073 L-2920 Luxembourg
JSIS Contact hotline +32-2-29 97777 (9:30 – 12:30)	JSIS Contact hotline +39-0332-785757(9:30-12:30)	JSIS Contact hotline +352-4301 36100 (9:30-12:30)

**STAFF Contact** - <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health/Pages/index.aspx>