



DELIBERAÇÕES

26 DE MARÇO DE 2026

ERS/071/2025



DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (VERSÃO NÃO CONFIDENCIAL)

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde nos setores privado, público, cooperativo e social;

Considerando as atribuições da Entidade Reguladora da Saúde conferidas pelo artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os objetivos da atividade reguladora da Entidade Reguladora da Saúde estabelecidos no artigo 10.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os poderes de supervisão da Entidade Reguladora da Saúde estabelecidos no artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Visto o processo registado sob o n.º ERS/071/2025;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A ERS tomou conhecimento, em 8 de julho de 2025, da reclamação subscrita por SA, visando a atuação do Hospital Infante D. Pedro, estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra a Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E. (ULSRA), entidade inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 21487.
2. Na referida reclamação, à qual foi atribuído o número REC/67069/2025, o exponente reclama do facto de lhe estarem a ser cobrados 5.541,17 EUR

pelo prestador, relativos aos cuidados de saúde prestados na sequência de uma “*queda de moto*” no dia 8 de fevereiro de 2025.

3. Ademais, refere o utente que na sequência da referida queda, foi sujeito a diversas intervenções cirúrgicas, tendo-lhe sido dada indicação médica para dar entrada no Serviço de Urgência para internamento.
4. No entanto, ter-lhe-ão sido cobradas taxas moderadoras relativas a tais “*episódios de urgência*”.
5. Sendo certo que, em sede de alegações iniciais, o prestador referiu o seguinte:

“Relativamente às dúvidas colocadas sobre a faturação de episódios de urgência associados a complicações do acidente de viação que sofreu, cumpre esclarecer o seguinte:

1. Responsabilidade pelos encargos médicos

Apesar de se tratar de uma queda de moto sem envolvimento de terceiros, juridicamente este tipo de situação é enquadrado como acidente de viação, conforme definido na legislação portuguesa.

Nos termos legais, todos os veículos motorizados - incluindo motociclos e ciclomotores — devem estar cobertos por seguro de responsabilidade civil obrigatório. Assim, as despesas médicas e hospitalares resultantes de um sinistro com um veículo motorizado, mesmo que isolado, devem ser assumidas pela respetiva companhia de seguros, seja através de pagamento direto ao prestador de cuidados ou, caso o utente tenha efetuado o pagamento, mediante pedido de reembolso junto da seguradora, de acordo com os termos da apólice contratada.

2. Taxas moderadoras e referência médica

A cobrança de taxas moderadoras nos serviços de urgência do SNS ocorre sempre que não é apresentada uma referência médica válida no momento da admissão. De acordo com os registos, apenas no episódio mais recente foi entregue uma carta de referência assinada pelo médico assistente.

Nos episódios anteriores, não havendo registo dessa documentação, foram aplicadas as taxas previstas na legislação em vigor.

3. Análise administrativa adicional

Face ao exposto, os serviços administrativos foram informados da situação, para que seja feita uma revisão da codificação dos episódios clínicos referidos, de forma a garantir que os mesmos estão corretamente classificados no contexto do acidente reportado.

4. Encaminhamento

Recomendamos que reúna os documentos clínicos e comprovativos de pagamento associados aos cuidados prestados (faturas, recibos, relatórios, carta de referência) e os entregue à sua seguradora, no sentido de solicitar o reembolso dos valores suportados, nos termos contratuais do seguro. [...]”.

6. Foi, pois, neste contexto que, para efeitos de averiguação e apuramento cabal dos factos atrás descritos, o Conselho de Administração da ERS deliberou proceder, em 28 de agosto de 2025, à abertura do presente processo de inquérito.

I.2. Diligências

7. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:

- (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do Hospital Infante D. Pedro, constatando-se que o mesmo é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra a ULSRA, entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no SRER da ERS sob o n.º 21487;
- (ii) Notificação da abertura de processo de inquérito ao reclamante SA, com pedido de elementos, concretizada através de mensagem de correio eletrónico de 8 de setembro de 2025;
- (iii) Notificação da abertura de processo de inquérito à ULSRA, com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos

Estatutos da ERS, concretizada através de ofício datado de 8 de setembro de 2025;

- (iv) Receção da resposta do reclamante SA, ao pedido de elementos da ERS, através de mensagem de correio eletrónico de 10 de setembro de 2025;
- (v) Receção da resposta da ULSRA ao pedido de elementos da ERS, através de mensagem de correio eletrónico de 1 de outubro de 2025.

II. DOS FACTOS

II.1. Do processo de reclamação

8. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos constantes da troca de comunicações eletrónicas entre os Serviços Financeiros da USLRA e o reclamante SA:

- E-mail de 13 de março de 2025, do utente SA para os Serviços Financeiros da USLRA, a remeter o formulário com a identificação do terceiro responsável pelo acidente de viação de 8 de fevereiro de 2025 e respetivo internamento;
- E-mail de 21 de março de 2025, remetido pelos Serviços Financeiros da USLRA ao utente SA, com a Simulação de Fatura emitida nessa data;
- E-mail de 21 de março de 2025, do utente SA para os Serviços Financeiros da USLRA, com a seguinte exposição:

“[...]”

A informação que tenho é a de facultar os dados referentes ao meu seguro de saúde e descrição do ocorrido. Peço então o favor de considerar:

- *seguradora: GENERALI TRANQUILIDADE*
- *apólice nr: [...]*
- *tomador: [AA] (esposa)*

- *eu, [SA], sou uma das pessoas incluídas no referido seguro*
 - *ocorrência: caí de mota na sequência de perda de aderência ao solo, sem a envolvimento de terceiros, e com conseqüente lesão ao nível do cotovelo direito devido à queda [...]”.*
- E-mail de resposta dos Serviços Financeiros da USLRA ao exponente SA, datado de 24 de março de 2025:

“[...]”

Seguros de saúde funcionam em moldes de reembolso.

Agradecemos que verifique com a seguradora de como proceder, dado que não é faturado diretamente à seguradora. [...]”.

- E-mail de 27 de março de 2025, do exponente SA para os Serviços Financeiros da USLRA:

“[...]”

Peço então que indique o que necessita para a emissão da factura. A indicação que tenho da seguradora é a submissão da factura para reembolso das despesas.

Entretanto vai permitir-me esta ressalva. Estou a escrever este email após ter vindo, novamente, embora do Hospital de Aveiro, novamente em jejum, porque deveria ter sido internado hoje pela segunda vez para a segunda cirurgia. A primeira vez que deveria ter sido internado para a segunda cirurgia foi na passada quarta-feira, dia 19/02. Tive que vir embora nesse dia e hoje também, por não haver vaga para internamento/cirurgia. No entanto, em nenhuma destas duas vezes "programadas" tive carta/notificação do hospital, tendo dado entrada pelas urgências, com supostos custos de episódio de urgência associados, o que não deveria (deveria ter carta do médico para não entrar pela urgência). Aliás, hoje a médica de ortopedia no serviço de urgência perguntou-me porque estava ali nas urgências (??) e se não tinha carta/notificação do médico/hospital, levando a um flagrante e aparente mal-estar da médica pela falta de comunicação interna. Na

antecipação da eventualidade de não receber carta do hospital (que de facto não recebi), liguei na passada terça-feira, 25/03, para o serviço de ortopedia sendo que obtive informação do sr. secretário para estar na quinta-feira (hoje) nas urgências, para dar entrada, fazer análises e depois subir para o internamento para a cirurgia de amanhã (que obtive a confirmação hoje que a cirurgia se mantém para amanhã à tarde). Mas não, entrei pela urgência, com custos, fiz análises e depois tive de me vir embora.

Isto para dizer que todo este processo e serviços associados parecem não funcionar e nem a entenderem-se internamente quem de direito. O meu problema está longe de ser resolvido (falta a segunda cirurgia, haverá terceira??), mas os custos associados (justos ou não), já estão a aparecer. Deixo esta ressalva/nota e, face a todo este tratamento/processo irei contactar a ERS. [...]

9. Nessa senda, em 6 de abril de 2025, o exponente SA formalizou a seguinte reclamação junto da ULSRA:

[...]

Acuso a recepção do seu email com a simulação de despesas.

Após análise à simulação devo dizer que não concordo com a mesma, pedindo o favor que faça chegar esta minha exposição ao departamento de direito.

Passo então a explicar, cronologicamente, os factos, que peço que considerem, sendo:

dia 08/02/2025

- ocorrência: queda de mota (pelas 17H00), sem a envolvimento de terceiros, na zona do cais de Veiros

- fui transportado pelos Bombeiros da Murtosa e dei entrada no Serviço de Urgência do Hospital de Aveiro, tendo sido encaminhado, após triagem, para o Serviço de Ortopedia da urgência

- realizei exame de Raio-X e TAC



- avaliação da equipa médica dos exames e diagnóstico de fractura muito séria no cotovelo direito

- após a análise aos exames, a equipa médica da Urgência de Ortopedia faz o diagnóstico da necessidade de internamento para cirurgia ao cotovelo

- no final da tarde subo para o Internamento do Serviço de Ortopedia

Durante os dias da semana 7, aguardei algumas vezes pela realização da cirurgia, com preparação de jejum, mas como não foi possível realizar a cirurgia mesmo com as preparações de jejum, por falta de vaga de bloco, a cirurgia foi agendada para o dia 15/02/2025 pela equipa médica do Serviço de Ortopedia

dia 15/02/2025

- realização da cirurgia ao cotovelo, cf agendado pela equipa médica do Serviço de Ortopedia

- cirurgia realizada pelo Dr [AB] e Dr [AFS]

dia 19/02/2025

- obtive alta médica, com indicação de consulta de acompanhamento com o Dr [AB] para o dia 25/02/2025, no Hospital de Águeda

dia 25/02/2025

- realização da consulta externa agendada para o Dr [AB], no Hospital de Águeda

- nesta consulta foi avaliada a cicatriz da cirurgia e não foi realizado exame de Raio-X, estando este exame proposto no documento da alta hospitalar: «proposta de monitorização e tratamento – revisão clínica e radiográfica dentro de 1 semana em consulta de ortopedia»

- após a avaliação da cicatriz foi realizado novo curativo

- agendamento de nova consulta externa de avaliação para o dia 11/03/2025

dia 11/03/2025

- realização da consulta externa agendada para o Dr [AB], no Hospital de Águeda

- nesta consulta foi realizado exame Raio-X

- após a análise ao exame, o Dr [AB] diagnosticou uma subluxação no cotovelo, levando ao diagnóstico da necessidade de nova cirurgia para a correcção

- combinou comigo eu dar entrada pelo Serviço de Urgência do Hospital de Aveiro no dia 19/03 para possível internamento para a realização da segunda cirurgia

dia 19/03/2025

- cf indicado pelo Dr [AB], dei entrada no Hospital de Aveiro pelo Serviço de Urgência, dando a informação no atendimento e na triagem que vinha por indicação do Dr [AB] para cirurgia

- após a triagem segui para a Urgência de Ortopedia e realizei exames de Raio-X e TAC ao cotovelo direito

- depois dos exames realizados, o Dr [AB] informou-me que não daria para subir para o internamento por falta de vaga e que então ia proceder ao agendamento da segunda cirurgia para sexta feira, dia 28/03, mas que entretanto seria contactado pelo hospital com essa confirmação

dia 25/03/2025

- como entretanto não recebi nenhuma confirmação do Hospital de Aveiro para a segunda cirurgia, nem por carta nem telefonema/SMS, liguei directamente para o Serviço de Ortopedia para saber se estaria confirmada a segunda cirurgia para o dia 28/03, cf indicação do Dr [AB]

- foi-me confirmado pelo secretário do Serviço de Ortopedia que sim, tinha a cirurgia agendada para dia 28/03, devendo dar entrada pela Urgência do Hospital de Aveiro no dia 27/03, pelas 8H30, em jejum, para a realização de análises e posterior subida para o internamento no Serviço de Ortopedia, para ser operado no dia seguinte, cf agendado

dia 27/03/2025

- cf indicado pelo Serviço de Ortopedia, dei entrada no Hospital através das urgências, mas para um acto que estava programado, dando essa indicação ao atendimento da urgência e também na triagem

- antes de ser realizada a colheita de sangue para as análises, a médica de ortopedia no serviço de urgência chamou pelo meu nome e perguntou-me porque estava ali nas urgências, se não tinha carta do médico, levando a um flagrante e aparente mal-estar da médica pela falta de comunicação interna

- foi-me feita colheita de sangue através de cateter mas logo após fui informado pelos médicos da urgência do serviço de ortopedia que não poderia subir para o internamento por falta de vaga, devendo ir embora, com o cateter, e dar entrada no dia seguinte, 28/03 dia da cirurgia, directamente no Serviço de Ortopedia pelas 11h30

- com isto, pela segunda vez dei entrada pela Urgência para um acto agendado (dando origem a novos episódios de urgência) e pela segunda vez tive de vir embora

- ressalvo que sempre assinalado/referenciado pelo Dr [AB] para internamento para a segunda cirurgia

dia 28/03/2025

- pelas 11h30 apresento-me directamente no Serviço de Ortopedia (cf me fora indicado na manhã do dia anterior pela equipa médica da urgência da ortopedia) para dar entrada para o internamento para a segunda cirurgia, cf agendado.

- na secretaria do Serviço de Ortopedia foi-me informado que não podia dar entrada no hospital por ali, mas sim pelas urgências, indicando que o Dr [R] estaria à minha espera

- deixei os meus pertences que levei para o internamento na secretaria, descii, saí do hospital e dei então entrada no hospital pelas urgências, dando indicação no atendimento e na triagem que o Dr [R] estaria à minha espera

- esta foi a terceira entrada no Hospital de Aveiro pelas urgências para um acto programado, dando origem a mais um episódio de urgência. Com esta

são três as entradas desnecessárias pelas urgências, com a consequente abertura de episódios e custos associados, para actos referenciados pelo Serviço de Ortopedia/Dr [AB]

- após triagem fui para o Serviço de Urgência de Ortopedia onde aguardei*
- após chamarem pelo meu nome entrei na enfermaria do Serviço de Urgência de Ortopedia para me despir e colocar uma bata*
- após vestir a bata fiquei à espera no corredor do Serviço de urgência numa cadeira de rodas, a aguardar que pudesse subir para o internamento*
- subi para o internamento pela hora de almoço*
- desci para o bloco operatório pelas 14h00*
- realização da cirurgia ao cotovelo, cf agendado pela equipa médica do Serviço de Ortopedia*
- cirurgia realizada pelo Dr [AB]*

dia 31/03/2025

- realização de exame Raio-X de revisão*

dia 01/04/2025

- realização de exame TAC de revisão*

dia 02/04/2025

- com base nas análises pelos médicos do Serviço de Ortopedia aos exames Raio-X e TAC, tive a indicação por parte da direcção do Serviço de Ortopedia e do Dr [AB] para a necessidade de uma nova cirurgia (osteotaxia ao cotovelo), agendada para dia 11/04

- alta médica*

- obtive alta médica*

- tenho a indicação de dar entrada no Hospital de Aveiro, directamente pelo Serviço de Ortopedia, para a terceira cirurgia no dia 10/04, após as 13H30

Expus toda esta situação ao secretário do Serviço de Ortopedia e a origem/conteúdo das despesas que constam da simulação, sendo que ele

achou estranho, nomeadamente, por exemplo, o item relativo ao "procedimento no ombro, braço", uma vez que a cirurgia foi por agendamento do Serviço de Ortopedia, e me aconselhou a contactar o v/ departamento para esclarecimentos.

Peço então que seja considerada esta minha exposição e que seja revisto todo o meu processo. Tudo vem na sequência do meu acidente do dia 08/02/2025. [...]"

10. Posteriormente, mais concretamente no dia 8 de julho de 2025, o exponente SA questionou, junto dos Serviços Financeiros da ULSRA, o ponto de situação do assunto:

"[...]"

Sobre este assunto não obtive resposta. Devo assumir arquivamento?

Informo que estou neste momento internado na ortopedia devido a complicações decorrentes da primeira cirurgia (esta é já a quinta cirurgia!) e para efeitos de seguro de saúde há prazos. [...]"

11. No mesmo dia, os Serviços Financeiros da ULSRA responderam ao utente o seguinte:

"[...]"

Como já indicado, para qualquer acidente, deverá existir uma participação ao seguro para que o mesmo liquide as despesas. Ao dia de hoje, as despesas hospitalares são as que seguem em anexo., que pode enviar para o a companhia. [...]"

12. Ainda no mesmo dia, o reclamante expôs, junto da ULSRA, o seguinte:

"[...]"

Não entendo o que diz uma vez que o dito acidente foi eu sozinho e de forma isolada. Não há terceiros. E não posso ser responsabilizado pelas complicações que tenho tido e que obrigam a novas intervenções, apesar das minhas queixas em consulta e oportunamente. Sendo que também não concordo com os sucessivos episódios de urgência abertos e cobrados quando "apenas" tinha de entrar no hospital por indicação médica

precisamente por causa das complicações que tenho tido. Nunca me foi entregue uma carta médica de referência para apresentar nas urgências, excepto desta última vez, assinada pelo Dr [L].

Acho que face a tudo o que já aconteceu e ao que já foi exposto, este caso merece análise detalhada e vertical por parte da vossa administração / direcção porque o cotado e a forma como foi cotado/codificado não está correcto. [...]”.

13. Em sede de alegações iniciais, datadas de 15 de julho de 2025, a ULSRA informou o exponente do seguinte:

“[...]”

Relativamente às dúvidas colocadas sobre a faturação de episódios de urgência associados a complicações do acidente de viação que sofreu, cumpre esclarecer o seguinte:

1. Responsabilidade pelos encargos médicos

Apesar de se tratar de uma queda de mota sem envolvimento de terceiros, juridicamente este tipo de situação é enquadrado como acidente de viação, conforme definido na legislação portuguesa.

Nos termos legais, todos os veículos motorizados - incluindo motociclos e ciclomotores — devem estar cobertos por seguro de responsabilidade civil obrigatório. Assim, as despesas médicas e hospitalares resultantes de um sinistro com um veículo motorizado, mesmo que isolado, devem ser assumidas pela respetiva companhia de seguros, seja através de pagamento direto ao prestador de cuidados ou, caso o utente tenha efetuado o pagamento, mediante pedido de reembolso junto da seguradora, de acordo com os termos da apólice contratada.

2. Taxas moderadoras e referência médica

A cobrança de taxas moderadoras nos serviços de urgência do SNS ocorre sempre que não é apresentada uma referência médica válida no momento da admissão. De acordo com os registos, apenas no episódio mais recente foi entregue uma carta de referenciação assinada pelo médico assistente.

Nos episódios anteriores, não havendo registo dessa documentação, foram aplicadas as taxas previstas na legislação em vigor.

3. Análise administrativa adicional

Face ao exposto, os serviços administrativos foram informados da situação, para que seja feita uma revisão da codificação dos episódios clínicos referidos, de forma a garantir que os mesmos estão corretamente classificados no contexto do acidente reportado.

4. Encaminhamento

Recomendamos que reúna os documentos clínicos e comprovativos de pagamento associados aos cuidados prestados (faturas, recibos, relatórios, carta de referência) e os entregue à sua seguradora, no sentido de solicitar o reembolso dos valores suportados, nos termos contratuais do seguro. [...]”.

14. Nessa senda, em 22 de julho de 2025, o reclamante contestou a resposta da ULSRA, nos seguintes termos:

“[...]”

Segue a minha resposta à vossa resposta à reclamação por mim realizada e registada como "Reclamação Rec 67069/2025".

No ponto 1 da v/ resposta - Responsabilidade pelos encargos médicos - invocam que, por ter sido uma queda de moto sem a envolvimento de terceiros, a situação é enquadrada como acidente de viação, fazendo menção ao seguro de responsabilidade civil obrigatório e ao enquadramento deste para a imputação das despesas médicas e hospitalares à companhia de seguros. Considero esta vossa resposta errada, e até preocupante, uma vez que o âmbito do Seguro Obrigatório de Responsabilidade Civil Automóvel (SORCA) nunca cobre o próprio, mas sim terceiros.

O SORCA cobre danos, materiais ou corporais, causados a terceiros em consequência de um acidente de viação. É obrigatório por lei e assume importância de relevo na segurança, ao garantir que todas as pessoas que sofram danos em consequência de acidentes causados por terceiros estão asseguradas. Este seguro não serve para proteger o condutor ou a viatura,

mas sim para garantir que terceiros recebam compensação se forem afetados por um acidente em que a culpa recai sobre o condutor. O SORCA é uma forma de responsabilidade social. Legislação do SORCA - Decreto-Lei n.º 26/2025, de 20 de março. Responsabilidade Civil é cobertura obrigatória para salvaguardar terceiros, se os houver, em caso de sinistro rodoviário, nunca o próprio.

Face à vossa resposta no ponto 1 e ao por mim exposto, recordando que o meu acidente de viação foi sozinho sem a envolvimento de terceiros, não aceito e refuto a vossa conclusão por não ter base legal que a sustente.

Referentemente ao ponto 2 da v/ resposta - Taxas moderadoras e referência médica -, informo que as admissões subsequentes no Serviço de Urgência (SU) para internamento e novas intervenções cirúrgicas foram sempre informadas por via oral, quer por telefonemas quer localmente, pela Secretária do Serviço de Ortopedia. Em todas essas ocasiões, ressalvei que deveria apresentar carta com recomendação médica no SU, pois esse modus operandi de referência oral iria dar "confusão" no SU, com a abertura consequente de novos episódios de urgência, quando o caso era de mera admissão/entrada no hospital para internamento para intervenção cirúrgica. Só desta última vez, de facto, é que tive carta médica para entregar no SU. Nas restantes nunca me foi entregue uma carta médica de referência para apresentar no SU, apesar das minhas ressalvas.

Mais ainda, duas das entradas no SU, a 14/06/2025 e a 27/06/2025, foram referenciadas diretamente pela Linha SNS 24 (ver anexo) e vêm listadas na vossa relação de despesas. Também na vossa relação de despesas vem datada a 08/02/2025 a primeira intervenção cirúrgica, o que é errado, pois a mesma aconteceu a 15/02/2025. Esta não é a única intervenção cirúrgica mal datada na vossa relação de despesas.

Deixo ainda informação relevante, retirada diretamente do site da ERS:

“Quando não haja terceiros responsáveis, não existe uma obrigação legal de pagamento dos cuidados de saúde que impenda sobre os assistidos, beneficiários do Sistema Nacional de Saúde. Ou seja, nos casos em que a

razão da necessidade dos cuidados de saúde seja, por exemplo, imputável à própria conduta do assistido este não deve, enquanto utente e beneficiário do Serviço Nacional de Saúde, suportar os custos da prestação dos cuidados que lhe tenham sido ministrados.”

*“Caso não existam terceiros responsáveis pelo facto que gerou a necessidade de recurso à prestação de cuidados de saúde, **sobre os utentes beneficiários do SNS (assistidos) não impende uma qualquer obrigação legal de pagamento dos cuidados de saúde que lhe foram prestados em hospital do SNS, mesmo que a razão da necessidade de tais cuidados tenha sido imputável à conduta do próprio assistido. Isto porque o assistido não pode, nem deve, enquanto utente e beneficiário do SNS, suportar os custos da prestação dos cuidados que lhe tenham sido ministrados.**”*

“Aos utentes beneficiários do SNS, que façam prova dessa qualidade, nunca lhes poderá ser exigível o pagamento dos encargos diretos decorrentes da prestação dos cuidados de saúde, mesmo naquelas situações em que haja um terceiro legal ou contratualmente responsável. Ou seja, naquelas situações de recurso a cuidados de saúde na sequência de agressões ou de um acidente de viação, trabalho, desportivo, entre outros, ao assistido, nunca poderão ser imputados os encargos diretos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, mesmo que não seja possível identificar o agressor ou a seguradora responsável, ou esta última não assuma a responsabilidade.”

“Ao assistido, beneficiário identificado do SNS, nunca poderão ser imputados nem as taxas moderadoras associadas ao episódio nem os encargos diretos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, mesmo que a entidade seguradora responsável decline a assunção da responsabilidade.”

Apesar do exposto, o departamento financeiro, a 8 de julho de 2025, continuou a pretender que exista um qualquer seguro que cubra as minhas despesas, informando-me por email que: “Como já indicado, para qualquer acidente, deverá existir uma participação ao seguro para que o mesmo liquide as despesas. Ao dia de hoje, as despesas hospitalares são as que seguem em anexo, que pode enviar para a companhia.” Fico a questionar-me se o

Hospital de Aveiro será, afinal, um hospital privado, uma vez que exige que os seus pacientes possuam seguro para qualquer acidente.

As despesas constantes nesse anexo ascendem a cerca de 5500€, mas não foram enviadas pelo Hospital para nenhuma seguradora, porque tal não se aplica e, por isso, enviam para mim e pretendem que pague algo que me deveria ser prestado gratuitamente e com as melhores práticas médicas. Relembro que este Hospital teoricamente faz parte do SNS e que sou beneficiário (e contribuinte) deste Sistema. A relação de despesas, cujos valores nunca me foram informados a priori, contém várias incongruências, como as já indicadas.

Ademais, sofri uma e apenas uma queda. Não sofri cinco quedas para ter de ser operado (e faturado) cinco vezes. Nem eu nem qualquer terceiro teria de se responsabilizar pela eventual necessidade de mais cirurgias e internamentos. O departamento de faturação e a administração hospitalar têm o seu financiamento estatal, pelo que o meu caso clínico não pode nem deve ser abusivamente transformado numa fonte extra de financiamento.

Ao tentar esclarecer-me junto do secretariado clínico do serviço de Ortopedia, foi-me reiterado que o meu processo estava enquadrado no Serviço Nacional de Saúde, o que consta aliás nas etiquetas emitidas e que tenho na minha posse. Foi-me também informado que, nos casos semelhantes ao meu, os utentes acidentados são enquadrados no SNS. Tentaram esclarecer a situação junto do departamento financeiro, explicando isso mesmo, e a indicação deste departamento foi para retirarem o meu enquadramento como beneficiário do SNS e colocarem “seguro indeterminado”, porque “Lisboa diz que é para fazer assim”. Ninguém me conseguiu esclarecer quem é exatamente “Lisboa”, nem em que altura foi dada essa indicação por parte de “Lisboa”, apesar do secretariado ter insistido que não era essa a indicação que tinham para proceder.

Deixo agora, mais uma vez, o elenco cronológico dos acontecimentos, para enquadramento e vossa análise, a considerar:

dia 08/02/2025

- ocorrência: queda de mota (pelas 17H00), sem a envolvimento de terceiros, na zona do cais de Veiros
 - fui transportado pelos Bombeiros da Murtosa e dei entrada no Serviço de Urgência do Hospital de Aveiro, tendo sido devidamente identificado através do meu CC e número de utente beneficiário do SNS
 - fui encaminhado, após triagem, para o Serviço de Ortopedia da urgência
 - realizei exames de Raio-X e TAC
 - avaliação da equipa médica dos exames e diagnóstico de fratura muito grave no cotovelo direito
 - após a análise aos exames, a equipa médica da Urgência de Ortopedia fez o diagnóstico da necessidade de internamento para cirurgia ao cotovelo
 - no final da tarde subi para o Internamento do Serviço de Ortopedia
- dia 15/02/2025
- realização da cirurgia ao cotovelo (osteossíntese), cf agendado pela equipa médica do Serviço de Ortopedia
 - cirurgia realizada pelo Dr [AB] e Dr [AFS]
- dia 19/02/2025
- obtive alta médica, com indicação de consulta de acompanhamento com o Dr [AB] para o dia 25/02/2025, no Hospital de Águeda
- dia 25/02/2025
- realização da consulta externa agendada para o Dr [AB], no Hospital de Águeda
 - nesta consulta foi avaliada a cicatriz da cirurgia e não foi realizado exame de Raio-X, estando este exame indicado no documento da alta hospitalar: «proposta de monitorização e tratamento - revisão clínica e radiográfica dentro de 1 semana em consulta de ortopedia»
 - após a avaliação da cicatriz foi realizado novo curativo
 - agendamento de nova consulta externa de avaliação para o dia 11/03/2025

dia 11/03/2025

- realização da consulta externa agendada para o Dr [AB], no Hospital de Águeda*
- nesta consulta foi realizado exame Raio-X*
- após a análise ao exame, o Dr [AB] diagnosticou uma subluxação no cotovelo, levando ao diagnóstico da necessidade de nova cirurgia para a correção*
- combinou comigo que eu desse entrada pelo Serviço de Urgência do Hospital de Aveiro no dia 19/03 para internamento para a realização da segunda cirurgia*

dia 19/03/2025

- cf indicado pelo Dr [AB], dei entrada no Hospital de Aveiro pelo Serviço de Urgência, dando a informação no atendimento e na triagem que vinha por indicação do Dr [AB] para cirurgia*
- após a triagem, segui para a Urgência de Ortopedia e realizei exames de Raio-X e TAC ao cotovelo direito*
- depois dos exames realizados, o Dr [AB] informou-me que não daria para subir para o internamento por falta de vaga e que então ia proceder ao agendamento da segunda cirurgia para sexta-feira, dia 28/03, mas que entretanto seria contactado pelo hospital com essa confirmação*

dia 25/03/2025

- como entretanto não recebi nenhuma confirmação do Hospital de Aveiro para a segunda cirurgia, nem por carta nem telefonema/SMS, liguei diretamente para o Serviço de Ortopedia no sentido de saber se estaria confirmada a segunda cirurgia para o dia 28/03, cf indicação do Dr [AB]*
- foi-me confirmado pelo secretário do Serviço de Ortopedia que sim, tinha a cirurgia agendada para dia 28/03, devendo dar entrada pela Urgência do Hospital de Aveiro no dia 27/03, pelas 8H30, em jejum, para a realização de análises e posterior subida para o internamento no Serviço de Ortopedia, para ser operado no dia seguinte, cf agendado*

dia 27/03/2025

- cf indicado pelo Serviço de Ortopedia, dei entrada no Hospital através das urgências, mas para um ato que estava programado, dando essa indicação no atendimento da urgência e também na triagem

- antes de ser realizada a colheita de sangue para as análises, a médica de ortopedia no serviço de urgência chamou pelo meu nome e perguntou-me porque estava ali nas urgências, se não tinha carta do médico, levando a um flagrante e aparente mal-estar da médica pela falta de comunicação interna

- foi-me feita colheita de sangue através de cateter mas logo após fui informado pelos médicos da urgência do serviço de ortopedia que não poderia subir para o internamento por falta de vaga, devendo ir embora, com o cateter, e dar entrada no dia seguinte, 28/03 dia da cirurgia, diretamente no Serviço de Ortopedia pelas 11h30

- com isto, pela segunda vez dei entrada pela Urgência para um ato agendado (dando origem a novos episódios de urgência) e pela segunda vez tive de vir embora

- ressalvo que sempre assinalado/referenciado pelo Dr [AB] para internamento para a segunda cirurgia

dia 28/03/2025

- pelas 11h30 apresento-me diretamente no Serviço de Ortopedia (cf me fora indicado na manhã do dia anterior pela equipa médica da urgência da ortopedia) para dar entrada para o internamento para a segunda cirurgia, cf agendado.

- na secretaria do Serviço de Ortopedia, foi-me informado que não podia dar entrada no hospital por ali, mas sim pelas urgências, indicando que o Dr [R] estaria à minha espera

- deixei os meus pertences que levei para o internamento na secretaria, desci, saí do hospital e dei então entrada no hospital pelas urgências, dando indicação no atendimento e na triagem que o Dr [R] estaria à minha espera



- esta foi a terceira entrada no Hospital de Aveiro pelas urgências para um ato programado, dando origem a mais um episódio de urgência. Com esta são três as entradas desnecessárias pelas urgências, com a consequente abertura de episódios e custos associados, para atos referenciados pelo Serviço de Ortopedia/Dr [AB]

- após triagem fui para o Serviço de Urgência de Ortopedia onde aguardei

- após chamarem pelo meu nome entrei na enfermaria do Serviço de Urgência de Ortopedia para me despir e colocar uma bata

- após vestir a bata fiquei à espera no corredor do Serviço de urgência numa cadeira de rodas, a aguardar que pudesse subir para o internamento

- subi para o internamento pela hora de almoço

- desci para o bloco operatório pelas 14h00

- realização da cirurgia ao cotovelo, cf agendado pela equipa médica do Serviço de Ortopedia

- cirurgia realizada pelo Dr [AB]

Nota:

- Estava confirmado pelo Dr [AB] que esta segunda cirurgia seria para a colocação de fixadores externos. No entanto, e no decorrer da cirurgia, a equipa médica avaliou e considerou estarem reunidas condições para o reforço da osteossíntese através de enxerto ósseo, em detrimento da colocação de fixadores externos, por esta ser uma solução mais invasiva

- após a cirurgia, no recobro, reparo que não tenho fixadores externos, mantenho a tala, e tenho dor na anca esquerda, resultado do enxerto ósseo

- em nenhum momento prévio me foi dado a conhecer esta opção, nem nunca assinei nenhum termo de responsabilidade para enxerto ósseo

dia 31/03/2025

- realização de exame Raio-X de revisão

dia 01/04/2025



- realização de exame TAC de revisão

dia 02/04/2025

- com base nas análises pelos médicos do Serviço de Ortopedia aos exames Raio-X e TAC, tive a indicação por parte da direção do Serviço de Ortopedia e do Dr [AB] para a necessidade de uma nova cirurgia (osteotaxia ao cotovelo), agendada para dia 11/04

- obtive alta médica

- tive a indicação de dar entrada no Hospital de Aveiro, diretamente pelo Serviço de Ortopedia, para a terceira cirurgia no dia 10/04, após as 13H30

dia 08/04/2025

- telefonema da Secretaria do Serviço de Ortopedia a informar a data da cirurgia para colocar ExFix (osteotaxia ao cotovelo). Cirurgia dia 11/04 e dar entrada no dia 10/04, à tarde, pelas Urgências, ao cuidado da Dr.^a [S]

dia 11/04/2025

- dei entrada no SU, conforme indicado, ao cuidado da Dr.^a [S]

- cirurgia para colocar ExFix

dia 14/04/2025

- realização de raio-x de controlo

dia 16/04/2025

- obtive alta médica

dia 14/06/2025

- ligo para a Linha SNS 24, por indicação da enfermeira do meu centro de saúde, por esta não ter gostado do aspeto da minha pele (sinais de drenagem) num dos cravos dos fixadores, podendo estar a fazer já infeção, pois tinha já também do

- desloco-me ao Serviço de Urgência dando a indicação no atendimento que vinha referenciado pela Linha SNS 24

- sou avaliado pela Ortopedia do SU que realiza apenas novo penso e nota que não tenho sinais de drenagem, ao que eu contextualizo que vim há momentos do centro de saúde com novo penso mas que antes de proceder à limpeza da ferida a enfermeira notou precisamente sinais de drenagem

- venho embora sem realização de qualquer exame ou análise nem prescrição de medicação

dia 16/06/2025

- de manhã apresento sintomas febris e ligo para a secretaria do Serviço de Ortopedia a questionar pela data para a cirurgia de remoção dos fixadores externos, uma vez que já estava a aguardar há muito tempo por essa cirurgia e já estava a apresentar sintomas febris

- a secretaria entrou em contacto com o Dr [AB], que deu indicação para me apresentar na tarde daquele dia no SU para análise e internamento

- dou entrada no SU na tarde de 16/06/2025, fico numa maca no corredor do SU por não haver vagas no internamento da Ortopedia até às +- 21H45 de 17/06/2025

dia 17/06/2025

- subo para o internamento da Ortopedia às +-21H45, onde os meus sinais vitais são medidos e me é detetada temperatura de 38 °C

- é-me dada indicação apenas pela enfermeira do internamento que seria operado na manhã do dia seguinte para a remoção dos fixadores externos, não tendo sido visto/acompanhado por nenhum médico durante o tempo de espera

dia 18/06/2025

- cirurgia para remoção dos fixadores externos, realizada pelo Dr [AB]

- a cirurgia para retirada de fixador externo, inicialmente planeada para quatro semanas após a sua colocação, foi sucessivamente protelada quase até às dez semanas, primeiro porque ia demorar mais umas semanas, depois porque o Hospital ainda tinha mais quinze dias para marcar cirurgia, a seguir porque o Hospital afinal tinha mês e meio (prazo que não existe e que nem

seria compatível com o prazo inicial de quatro semanas) para dar uma resposta e, por fim, o Hospital talvez viesse a emitir um vale de cirurgia a ser realizada noutra instituição sem se saber exatamente quando. Acabei por ser operado de urgência, para retirada do fixador, no Hospital de Aveiro, já com infeção, muita dor, pus, febre e frequência cardíaca alterada, tendo, ainda assim, passado quase dois dias numa maca no corredor das urgências antes da cirurgia. As minhas queixas foram valorizadas pela Linha SNS mas desvalorizadas nas urgências de Ortopedia.

dia 20/06/2025

- alta médica pelo Dr [AB]

dia 27/06/2025

- ligo para a Linha SNS 24, por dor no cotovelo e exposição do material interno, já com buraco na pele

- desloco-me ao Serviço de Urgência dando a indicação no atendimento que vinha referenciado pela Linha SNS 24

- sou avaliado pela Ortopedia do SU que realiza raio-x e análise ao buraco

- após análise ao raio-x, o médico de serviço na Ortopedia do SU chama o Dr [AB] para este analisar a situação, ao que este me indica para me apresentar no SU no dia 02/07/2025 para novo internamento e cirurgia de limpeza infecciosa

- é-me dada carta de referência médica para apresentar no SU no dia 02/07/2025

dia 02/07/2025

- apresento-me no SU com a carta de referência médica para admissão para internamento e cirurgia (a 5ª em 5 meses)

- cirurgia limpeza infecciosa, realizada pelo Dr [AB]

dia 18/07/2025

- alta médica pelo Dr [AB]



Deixo todo o exposto para vossa correta análise e aguardo a vossa resposta.
[...]"

15. Em anexo, o utente SA remeteu os seguintes elementos adicionais:

- i. Simulação de fatura remetida pela ULSRA e emitida em nome do utente, datada de 8 de julho de 2025, no valor total de 5.541,17 EUR:

SIMULACAO DE FATURA

Unidade Local De Saúde Região De Aveiro
Av. Artur Ravara
Aveiro
3810- - 501 - Aveiro
Contribuinte No: 510123210
Matrícula: Registada na CRC de Aveiro
Cap.Social: 106.000.000 Euros

Pág: 001/ 003
Data Emissão: 08/07/2025

Exmo Sr.(a):

Cliente No: 00 [REDACTED]

Contribuinte No: 0
Causa :Sem causa
Doente [REDACTED]

Consulta Externa; Radiologia; Laboratorio;
Internamento; Urgencia

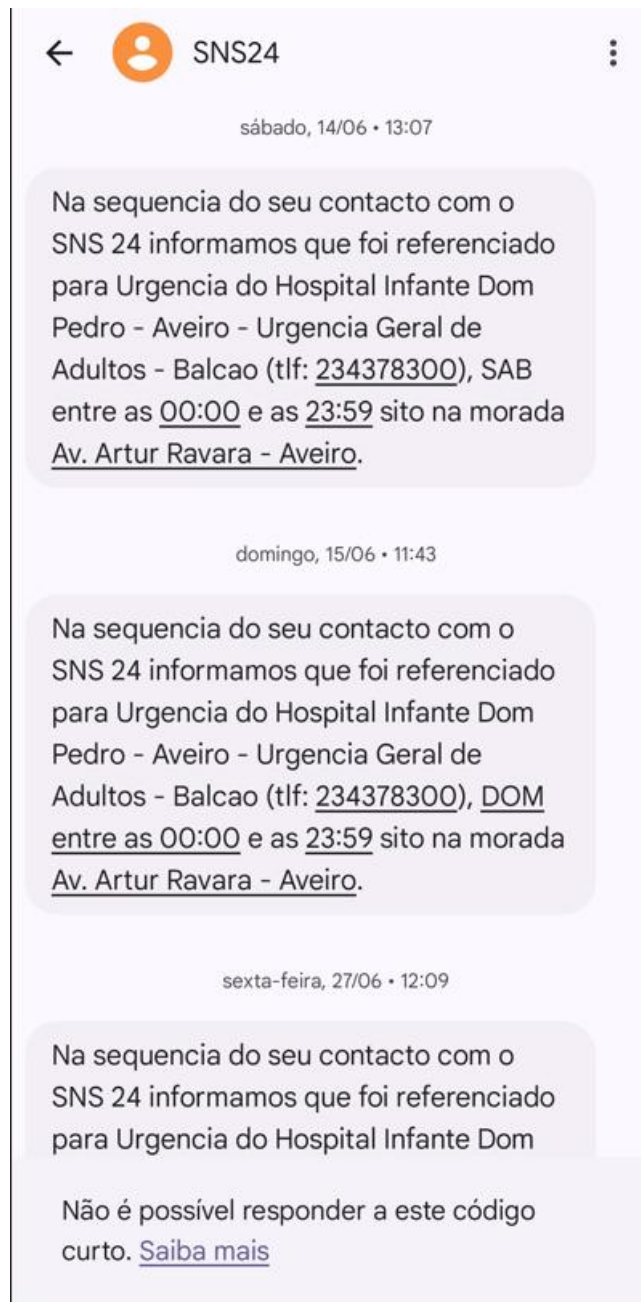
Episódio	Data	Designação	Qt.	Preço Unit.	Valor
[REDACTED]	25/02/2025	Penso Simples	1	4,70	4,70
[REDACTED]	10/04/2025	Procedimentos No Ombro, Braço E/Ou Antebraço	1	1.476,80	1.476,80
[REDACTED]	19/03/2025	Cotovelo, Duas Incidências	1	3,50	3,50
[REDACTED]	19/03/2025	Episodio De Urgencia	1	85,91	85,91
[REDACTED]	27/03/2025	Ecg Simples De 12 Derivações	1	6,50	6,50
[REDACTED]	25/02/2025	Penso Simples	1	4,70	4,70
[REDACTED]	11/03/2025	Consulta Subsequente	1	31,00	31,00
[REDACTED]	27/03/2025	Episodio De Urgencia	1	85,91	85,91
[REDACTED]	27/03/2025	Ureia, S/U	1	1,30	1,30
[REDACTED]	27/03/2025	Tempo De Tromboplastina Parcial Ativado (Aptt) (Tempo De Cefalina-Activador), S	1	3,00	3,00
[REDACTED]	25/02/2025	Consulta Subsequente	1	31,00	31,00
[REDACTED]	11/03/2025	Cotovelo, Duas Incidências	1	3,50	3,50
[REDACTED]	27/03/2025	Ionograma (Na, K, Cl), S/U	1	1,50	1,50
[REDACTED]	27/03/2025	Creatinina, S/U	1	1,20	1,20
[REDACTED]	11/03/2025	Penso Simples	1	4,70	4,70
[REDACTED]	29/05/2025	Consulta Subsequente	1	31,00	31,00
[REDACTED]	28/03/2025	Procedimentos Em Bo Por Outras	1	1.957,33	1.957,33
A transportar				EUR	3.733,55



Consulta Externa; Radiologia; Laboratorio;					
Episódio	Data	Designação	Qt.	Preço Unit.	Valor
				Transporte	3.733,55
	27/03/2025	Hemograma Com Fórmula Leucocitária (Eritrograma, Contagem De Leucócitos, Contagem De Plaqu	1	4,70	4,70
	27/06/2025	Episodio De Urgencia	1	85,91	85,91
	27/06/2025	Ionograma (Na, K, Cl), S/U	1	1,50	1,50
	27/06/2025	Hemograma Com Fórmula Leucocitária (Eritrograma, Contagem De Leucócitos, Contagem De Plaqu	1	4,70	4,70
	27/06/2025	Cotovelo, Duas Incidências	1	3,50	3,50
	08/05/2025	Consulta Subsequente	1	31,00	31,00
	08/02/2025	Procedimentos No Ombro, Braço E/Ou Antebraço	1	1.476,80	1.476,80
	19/03/2025	Tc Articular, Cada Articulação	1	70,90	70,90
	14/06/2025	Episodio De Urgencia	1	85,91	85,91
	27/06/2025	Proteína C Reativa Ultra Sensível, S	1	7,40	7,40
	27/06/2025	Ureia, S/U	1	1,30	1,30
	27/06/2025	Tempo De Tromboplastina Parcial Ativado (Aptt) (Tempo De Cefalina-Activador), S	1	3,00	3,00
	08/05/2025	Penso A Lesão Aberta Sem Infeção	1	15,90	15,90
A transportar				EUR	5.526,07

Consulta Externa; Radiologia; Laboratorio;					
Episódio	Data	Designação	Qt.	Preço Unit.	Valor
				Transporte	5.526,07
	27/03/2025	Tempo De Protrombina (Tp, Quick, Inr)	1	2,90	2,90
	27/06/2025	Glucose, Doseamento, S/U/L	1	1,10	1,10
	27/06/2025	Creatinina, S/U	1	1,20	1,20
	27/06/2025	Tempo De Protrombina (Tp, Quick, Inr)	1	2,90	2,90
	11/03/2025	Extração De Pontos, Incluindo Penso Simples	1	7,00	7,00
Cinco mil, quinhentos e quarenta e um euros e dezassete centimos				EUR	5.541,17

- ii. Mensagens enviadas pelo SNS 24, com referências para o Hospital Infante D. Pedro, nos dias 14, 15 e 27 de junho de 2025:



II.2. Do processo de inquérito

16. Na sequência da abertura dos presentes autos de inquérito, a ERS solicitou à ULSRA os seguintes elementos:

“[...]”



1. *Pronunciem-se sobre a situação descrita na referida reclamação e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
2. *Descrevam todas as etapas percorridas pelo utente em causa na Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E., desde o 8 de fevereiro de 2025 (inclusive), informando se o mesmo se encontrava, ab initio, identificado como utente do SNS, acompanhada do respetivo suporte documental;*
3. *Enviem cópia de todas as cartas de interpelação e/ou simulações de fatura/notas de débito/liquidação emitidas ao utente e indicação se as mesmas foram liquidadas e, em caso afirmativo, por quem;*
4. *Remetam cópia dos procedimentos em vigor nessa unidade hospitalar para admissão e identificação de utentes e de terceiros pagadores, legal ou contratualmente, responsáveis, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
5. *Identificação do dispositivo legal, ou outro, no qual se fundamenta a cobrança ao utente das taxas moderadoras relativas aos episódios de urgência de dia **19 de março de 2025, 27 de março de 2025, 14 de junho de 2025 e 27 de junho de 2025**, com origem em referência hospitalar, de médico ao serviço da Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E. e do SNS 24, respetivamente;*
6. *Informação sobre se a Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E., entretanto, anulou as taxas moderadoras em questão, com envio do respetivo suporte documental;*
7. *Em caso de resposta negativa ao ponto anterior, informação sobre se o utente procedeu ao pagamento dos mencionados valores, e em que data(s);*
8. *Informação sobre as medidas e/ou procedimentos de cobrança de taxas moderadoras e de atribuição dos regimes especiais de benefícios implementados na Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E., com envio do respetivo suporte documental;*

9. *Indiquem quais as medidas corretivas adotadas em ordem a evitar situações semelhantes à reportada na reclamação supra citada, acompanhado do respetivo suporte documental;*
10. *Envio de quaisquer esclarecimentos complementares que V. Exas. julguem necessários e relevantes para a análise do caso concreto. [...]*
17. Paralelamente, a ERS solicitou ao utente, em 8 de setembro de 2025, a seguinte informação adicional:
- [...] Considerando o exposto, cumpre solicitar a V. Exa. o envio de eventuais elementos, factuais e documentais, que disponha sobre o caso, nomeadamente:*
- 1. Informação sobre as datas e valores cujo pagamento tenha sido requerido a V. Exa. pela Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E., se possível com envio da documentação respetiva;*
 - 2. Informação sobre V. Ex.^a procedeu à liquidação dos valores em causa e, em caso afirmativo, em que data;*
 - 3. Esclarecimentos complementares que V. Exa. julgue necessários e relevantes para a análise da situação concreta. [...]*
18. Assim, em 10 de setembro de 2025, a ERS rececionou a resposta do utente SA, nos seguintes termos:
- [...]*
- Deixo, de seguida, enquadramento: no dia 08/02/2025 dei entrada no Serviço de Urgência do hospital de Aveiro, através do INEM/Bombeiros, por motivo de lesão no meu cotovelo direito, na sequência de uma queda de mota sem a envolvência de terceiros. Identifiquei-me naquele episódio de urgência como utente do SNS (n° [...]).*
- A referida unidade de saúde prestou-me cuidados sendo que, no dia 13/03/2025, recebi uma carta do Serviço de Pré-Faturação com um questionário para eu preencher sobre o acidente, no sentido de facultar dados do seguro. Respondi por email com o documento preenchido (segue em anexo), com a informação da apólice do seguro da mota, sabendo ‘a priori’*

que esse seguro não cobriria quaisquer despesas relativas à minha pessoa, pois trata-se do seguro obrigatório de responsabilidade civil (SORCA), sem outras coberturas (segue apólice em anexo).

No dia 21/03/2025, recebi um telefonema do Serviço de Pré-Faturação a comunicar-me que o seguro não era válido e com a indicação de que, e passo a citar, «alguém terá de pagar». Face àquele comentário, pedi informação sobre o valor das despesas de que estávamos a falar, tendo recebido, por email, a primeira relação de despesas (segue em anexo).

Como ao longo do tempo continuei sem a lesão do cotovelo devidamente tratada (fui submetido a cinco cirurgias em cinco meses e ainda sem a situação estabilizada), recebi, no dia 01/04/2025 outra carta do Serviço de Pré-Faturação, com nova relação de despesas (segue em anexo). Em resposta, reclamei por email àquele serviço, uma vez que continuaram a contabilizar despesas indevidamente, ainda mais com a minha lesão no cotovelo não resolvida e a piorar. No dia 06/04/2025, reforcei a minha reclamação, devidamente fundamentada com factos, à direção daquele serviço, reclamação à qual nunca obtive resposta.

Uma vez que continuei sem obter resposta daquele serviço, enviei um email, no dia 08/07/2025, a questionar se, finalmente, o processo de cobrança estava arquivado. Responderam-me, e cito, «Como já indicado, para qualquer acidente, deverá existir uma participação ao seguro para que o mesmo liquide as despesas. Ao dia de hoje, as despesas hospitalares são as que seguem em anexo, que pode enviar para a companhia.», com novo documento de relação de despesas, que anexo, com o valor total de 5.541,17€. Deduzo que este valor deverá ser ainda mais alto, porque estava internado nesse dia, internamento que durou mais de duas semanas após quinta cirurgia a 02/07/2025.

Durante todo o tempo decorrido, fui informando desta situação de cobrança tanto à equipa médica como à secretaria do Serviço de Ortopedia. Na minha última abordagem sobre este assunto, na secretaria do Serviço de Ortopedia, fui informado de que essas cobranças estariam a ser realizadas indevidamente, uma vez que estava identificado como utente no SNS. No

entanto, quando a secretária contactou telefonicamente com o colega do Serviço de Pré-Faturação (a mesma pessoa que trocou emails comigo), fundamentando que eu era utente do SNS, o funcionário da Pré-Faturação respondeu que, e cito, «agora é assim, porque Lisboa diz». A secretária ainda contra-argumentou que todos os casos semelhantes sempre foram enquadrados como utentes do SNS, ao que lhe foi respondido que qualquer acidente, queda e afins tem de ser reportado a uma seguradora. A secretária ficou estupefacta com aquela justificação e desabafou comigo que há imensos anos que trabalha naquele serviço de secretariado e que, na sua experiência, não entendia aquele enquadramento/resposta.

Face ao exposto, e respondendo às questões colocadas por VV. Ex.as, peço que considerem:

- 1. datas e valores dos pagamentos requeridos estão indicados na exposição acima, com os respetivos documentos anexos a este email;*
- 2. não procedi à liquidação de qualquer valor pedido, pois manifestei sempre a não concordância com aquelas despesas e, que tenha conhecimento, não foi emitida nenhuma fatura, apenas simulações de faturas;*
- 3. esclarecimentos que eu ache necessários foram indicados na exposição acima. [...]*

19. Em anexo ao sobredito ofício de resposta, o utente remeteu os seguintes elementos complementares:

- i. Simulação de Fatura, emitida em 21 de março de 2025, em nome do utente, no valor de 1.723,71 EUR:



SIMULACAO DE FATURA

Unidade Local De Saúde Região De Aveiro
Av. Artur Ravara
Aveiro
3810- - 501 - Aveiro
Contribuinte No: 510123210
Matrícula: Registada na CRC de Aveiro
Cap.Social: 106.000.000 Euros

Pág: 001/ 001
Data Emissão: 21/03/2025

Cliente No: 000 [REDACTED]

Exmo Sr.(a):

[REDACTED]

Contribuinte No: 0
Causa :Sem causa
Doente: [REDACTED]

Consulta Externa; Radiologia; Internamento;
Urgencia

Episódio	Data	Designação	Qt.	Preço Unit.	Valor
[REDACTED]	19/03/2025	Tc Articular, Cada Articulação	1	70,90	70,90
[REDACTED]	25/02/2025	Consulta Subsequente	1	31,00	31,00
[REDACTED]	11/03/2025	Penso Simples	1	4,70	4,70
[REDACTED]	25/02/2025	Penso Simples	1	4,70	4,70
[REDACTED]	11/03/2025	Consulta Subsequente	1	31,00	31,00
[REDACTED]	11/03/2025	Extração De Pontos, Incluindo Penso Simples	1	7,00	7,00
[REDACTED]	11/03/2025	Cotovelo, Duas Incidências	1	3,50	3,50
[REDACTED]	25/02/2025	Penso Simples	1	4,70	4,70
[REDACTED]	08/02/2025	Procedimentos No Ombro, Braço E/Ou Antebraço	1	1.476,80	1.476,80
[REDACTED]	9/03/2025	Episodio De Urgencia	1	85,91	85,91
[REDACTED]	9/03/2025	Cotovelo, Duas Incidências	1	3,50	3,50

Mil, setecentos e vinte e tres euros e setenta e um centimos|

EUR

1.723,71

- ii. Apólice de seguro do motociclo detido pelo utente SA;
- iii. Formulário remetido pelos Serviços de Faturação da ULSRA, para identificação do terceiro responsável pelo acidente em causa:



Exmo(a) Sr(a):



Emitido em 05/03/2025

Servico de Pre-Faturacao

Exmo(a) Sr(a)

- 1.Solicita-se a V.Exa que nos devolva este questionario devidamente preenchido, no prazo de dez dias uteis.
- 2.O nao cumprimento do exposto no numero anterior, implicara a responsabilizacao do proprio.
- 3.O nao cumprimento do exposto no ponto 1 ou no ponto 2 implicara o recurso a instancia judicial competente.

Instancia Local / Servico / Unidade

Processo: [redacted]
Urgencia: [redacted]
08/02/2025

Acidente De Viacao + internamento

Responsavel pelo acidente: [redacted]

Residencia: [redacted]

Comp.Seguros: UNA Seguros Apolice: [redacted]

(junte fotocopia da participacao se possivel)

SEM PARTICIPACAO (SEM COSEGURO)

Nome do Segurado: [redacted]

Assinatura de quem preenche: [redacted]

Enviar para: faturacao.sf@chbv.min-saude.pt

- iv. Simulação de Fatura, emitida em 28 de março de 2025, em nome do utente, no valor de 107,01 EUR:

SIMULACAO DE FATURA

Unidade Local De Saúde Região De Aveiro
 Av. Artur Ravara
 Aveiro
 3810- - 501 - Aveiro
 Contribuinte No: 510123210
 Matrícula: Registada na CRC de Aveiro
 Cap.Social: 106.000.000 Euros
 Cliente No: 00 [REDACTED]

Pág: 001/ 001
 Data Emissão: 28/03/2025

Exmo Sr.(a): [REDACTED]

Contribuinte No: 0
 Causa :Acidente De Viacao
 Doente: [REDACTED]

Radiologia; Laboratorio; Urgencia

Episódio	Data	Designação	Qt.	Preço Unit.	Valor
Unidade Local de Saúde Região de Aveiro	[REDACTED]	27/03/2025 Ureia, S/U	1	1,30	1,30
	[REDACTED]	27/03/2025 Episodio De Urgencia	1	85,91	85,91
	[REDACTED]	27/03/2025 Ionograma (Na, K, Cl), S/U	1	1,50	1,50
	[REDACTED]	27/03/2025 Creatinina, S/U	1	1,20	1,20
	[REDACTED]	27/03/2025 Tempo De Protrombina (Tp, Quick, Inr)	1	2,90	2,90
	[REDACTED]	27/03/2025 Hemograma Com Fórmula Leucocitária (Eritrograma, Contagem De Leucócitos, Contagem De Plaqu	1	4,70	4,70
	[REDACTED]	27/03/2025 Tempo De Tromboplastina Parcial Ativado (Aptt) (Tempo De Cefalina-Activador), S	1	3,00	3,00
	[REDACTED]	27/03/2025 Ecg Simples De 12 Derivações	1	6,50	6,50

Cento e sete euros e um centimos EUR 107,01

v. Simulação de Fatura, emitida em 8 de julho de 2025, em nome do utente, no valor de 5.541,17 EUR, anteriormente remetida pelo utente na contestação enviada à ULSRA.

20. Por seu lado, no dia 1 de outubro de 2025, foi rececionada a resposta da ULSRA, nos seguintes termos:

“[...]

Após análise, aos processos e procedimentos instituídos nesta organização, e com base nos mesmos, passamos a dar respostas às questões levantadas:

Questão 1: Pronunciem-se sobre a situação descrita na referida reclamação e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes, acompanhado de toda a documentação suporte;

*Face à situação exposta pelo utente, cabe-nos informar que, de acordo com o procedimento interno instituído (ver **Anexo 1**), sempre que, no momento de inscrição no Serviço de Urgência, seja referido que se trata de um acidente de viação, no caso em concreto "uma queda de mota", o episódio é registado como acidente, sendo posteriormente solicitado ao utente que identifique a entidade financeira responsável, isto é, os dados referentes à Seguradora, por forma a possibilitar a respetiva faturação, sendo esse ofício acompanhado de uma simulação da fatura, com o objetivo de informar o utente dos valores em causa (ver **Anexo 2**).*

*Após análise das várias trocas de e-mails e da reclamação em causa, verificam-se efetivamente algumas falhas nos procedimentos adotados pela ULSRA tendo-se já procedido à elaboração de um novo procedimento interno, o qual será remetido à ERS assim que possível. Neste sentido, foi remetido ao utente [SA] um ofício no qual se informa o utente da não existência de qualquer valor em dívida (ver **Anexo 5**).*

Questão 2: Descrevam todas as etapas percorridas pelo utente em causa na ULSRA, desde o 8 de fevereiro de 2025 (inclusive), informando se o mesmo se encontra, ab initio. Identificado como utente do SNS, acompanhada do respetivo suporte documental;

O utente foi admitido numa primeira vez no serviço de Urgência no dia 08/02/2025, ficando administrativamente registada como causa de admissão "Acidente de Viação".

Tal como mencionado no ponto anterior, a causa de admissão vai despoletar um procedimento interno destinado a apurar a eventual entidade responsável pela liquidação das despesas hospitalares respetivas—procedimento esse que se anexa.

Sucedê que, no caso concreto, o utente [SA] tem diversas admissões no Serviço de Urgência posteriores, a saber em: 19/03/2025, 27/03/2025,

28/03/2025, 10/04/2025, 14/06/2025, 16/06/2025, 27/06/2025 e 02/07/2025 — e todas essas admissões têm como causa de admissão "Acidente de viação", o que significa que, em cada uma delas, se inicia o mesmo procedimento para apuramento de terceiro responsável.

Questão 3: Enviem cópia de todas as cartas de interpelação elou simulações de fatura/notas de débito/liquidação emitidas ao utente e indicação se as mesmas foram liquidadas e em caso afirmativo, por quem;

Relativamente à questão das taxas moderadoras, nenhuma taxa foi cobrada ao utente. Desde logo, como se referiu no ponto acima, o utente foi admitido, em todas as vezes ali identificadas, com causa de admissão "Acidente de viação", o que determina a isenção das respetivas taxas por esse facto, conforme Circular Informativa nº 10/2020, de 18/09/2020, da ACSS (ver **Anexo 4**). Envia-se ainda, ofício e simulação de faturas dos diversos episódios (ver **Anexo 2**).

Questão 4: Remetam cópia dos procedimentos em vigor nessa unidade hospitalar para admissão e identificação de utentes e de terceiros pagadores legal ou contratualmente, responsáveis, acompanhado de toda a documentação suporte;

Envia-se Procedimento interno (ver **Anexo 1**).

Questão 5: Identificação do dispositivo legal, ou outro, no qual se fundamente a cobrança ao utente de taxas moderadoras relativas aos episódios de urgência de dia 19 de março de 2025, 27 de março de 2025, 14 de junho de 2025 e 27 de junho de 2025, com origem em referência hospitalar, de médico ao serviço da ULSRA e do SNS 24, respetivamente

Não existiu cobrança de qualquer taxa moderadora referente aos episódios em análise nos quais o utente foi atendido em virtude do acidente de viação (ver **Anexo 3**). Ainda quanto a taxas moderadoras, a ULSRA cumpre com o enquadramento legal relativo à cobrança, isenção e dispensa de cobrança de taxas moderadoras, não dispondo de procedimento interno específico,

porquanto tal resulta devidamente individualizado, nomeadamente na Circular Informativa nº 12/2023, de 16/06/2023 da ACSS (ver Anexo 6).

Questão 6: Informação sobre se a ULSRA, entretanto anulou as taxas moderadoras em questão, com o envio do respetivo suporte documental;

Não existiu qualquer anulação de taxas uma vez que não houve cobrança das mesmas.

Questão 7: Em caso de resposta negativa ao ponto anterior, informação sobre se o utente procedeu ao pagamento dos mencionados valores, e em que data(s);

O utente não procedeu a qualquer pagamento, quer relativo a taxas moderadoras, quer relativo a despesas hospitalares.

Questão 8: Informação sobre as medidas e/ou procedimentos de cobrança de taxas moderadoras e de atribuição dos regimes especiais de benefícios implementados na ULSRA, com envio do respetivo suporte documental;

As taxas moderadoras são cobradas ou isentadas, de acordo com a Circular Informativa da ACSS nº 10/2020. (ver Anexo 4).

Questão 9: indiquem quais as medidas corretivas adotadas em ordem a evitar situações semelhantes à reportada na reclamação supracitada, acompanhado do respetivo suporte documental;

Por forma a evitar situações futuras, conforme mencionado no ponto 1, a ULSRA encontra-se a desenvolver um novo procedimento interno, o qual será remetido à ERS assim que se encontre concluído.

Questão 10: Envio de quaisquer esclarecimentos complementares que V. Exas. Julguem necessários e relevantes para a análise do caso concreto.

Da análise feita à situação em concreto, concluiu-se que os procedimentos internos de apuramento de terceiros responsáveis e conseqüente faturação

das despesas hospitalares respetivas não estão devidamente clarificados, pelo que se irá elaborar procedimento mais específico.

Salienta-se ainda, conforme mencionado no ponto 1, que o utente foi devidamente informado de que não existe qualquer valor a regularizar junto da ULSRA. [...]

21. Em anexo ao sobredito ofício de resposta, o prestador remeteu os seguintes elementos documentais:

- i. Procedimento “Faturação às companhias de seguros”, datado de junho de 2024, com o seguinte teor:

“[...]

RESPONSÁVEL: Serviços Financeiros

DATA:

A. Atividades de preparação

No sentido de dar início ao processo de faturação às companhias de seguros é necessário realizar em primeiro lugar uma análise aos episódios, identificar esses episódios e apurando qual a entidade que assume os custos decorrentes dos mesmos (terceiro responsável).

Esta identificação deve ser realizada diariamente, e no final de cada mês deve ser igualmente impressa uma listagem relativa aos episódios de internamento.

1. Emissão listagem

- No SONHOV2, aceder ao perfil "Faturação (IGIF)" > "Pré-faturação" e selecionar a opção "Consulta Episódios com Erros":



Imagem 1 – SONHO V2 – Consulta episódios com erros

- Selecionar no campo do no campo do módulo "URG" (urgência) ou "CON" (consulta).
- Preencher o campo "Data dos Episódios", com a data pretendida para a listagem a extrair (normalmente sempre com o dia anterior (no EX. abaixo 29/05/2022).

O SONHOV2 inicia a pesquisa dos episódios não faturados da urgência/consulta, relativos à data definida.

Após a pesquisa, é devolvida pelo sistema a informação dos diversos episódios de urgência, não faturados, que devem ser corrigidos: onde deverá ser impressa a listagem seguinte:



RESPONSÁVEL: Serviços Financeiros

DATA:



Imagem 2 – SONHO V2 –episódios com erros

Deve seleccionar-se o icon de impressão (assinalado na Imagem 2 acima, a amarelo), que devolve a seguinte listagem:

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE REGIÃO DE AVEIRO Sonho

FATURAÇÃO
Listagem de Episódios Não Faturados - Com Erros

Legenda

Período: 01/03/2024 até 01/03/2024 Emissão em: 17/06/2024
Página: 9 / 3

Unid. Emitida	Specialista	Data de emissão	Submissão	ST/Valor		
3402381	Urg Acute, Urg Pediatr, A	05/03/24	05/03/24	00000	00000	Non submitted e pagamento
3402386	Urg Pediatr	05/03/24	05/03/24	00000	00000	Identificacao de Beneficiario
3402381	Urg Emer (Ag)	05/03/24	05/03/24	00000	00000	Identificacao de Beneficiario
3402381	Urg Ortopedia	05/03/24	05/03/24	00000	00000	Identificacao de Beneficiario
3402381	Urg Cirurgia	05/03/24	05/03/24	00000	00000	Non submitted e pagamento
3402381	Urg Cirurgia	05/03/24	05/03/24	00000	00000	Identificacao de Beneficiario
3402381	Urg Cirurgia	05/03/24	05/03/24	00000	00000	Non submitted e pagamento
3402381	Urg Ortopedia	05/03/24	05/03/24	00000	00000	Identificacao de Beneficiario
3402381	Urg Cirurgia	05/03/24	05/03/24	00000	00000	Identificacao de Beneficiario

Imagem 3 – Listagem dos episódios com erros.

Após a impressão da listagem, inicia-se a análise de cada episódio para emissão dos 1.º avisos aos utentes.

RESPONSÁVEL: Serviços Financeiros

DATA:

2. Análise de episódio

É necessário mudar de separador no SONHOV2, acedendo a "Pesquisa de episódios de urgência" fazendo a consulta através do "N.º de processo", no sentido de permitir a consulta de todos os episódios associados ao utente.



Imagem 4 – Consulta de episódio de urgência.

Casos "SNS não identificado":

- a) Os episódios de urgência em que a causa de admissão é "Doença" e cujo erro de faturação é "Identificação de Beneficiário", são situações em que o SNS não foi corretamente colocado no campo da entidade responsável, ou não é aplicável ao utente. Nestes casos, deve-se verificar a situação SNS no **Identificação**.

Para isso, deve-se colocar o número do episódio de urgência da listagem emitida no ponto 1: No separador "Identificação" irá surgir no canto superior direito:

Caso seja SNS confirmado e o mesmo não constar no episódio, deverá ser colocado, iniciando por:

Administrativa, seguido de **Administrativa** por fim Entidade Resp.: 990004 **SERVIDO NACIONAL DE SAÚDE**

3. Emissão dos 1.ºs avisos

Analizados os episódios com erros, e após a correção das situações imputáveis ao SNS, na entidade responsável deverá surgir "990004 – Entidade desconhecida" ou "990001 – Independentes".

Nesta fase, deverá ser emitida uma notificação para o utente da seguinte forma:

- No SONHOV2 acedendo ao separador **Financas**, e selecionar **Ver caso o Utente** irá surgir uma janela pop-up:

RESPONSÁVEL: Serviços Financeiros

DATA:



Imagem 5 – Emissão de avisos.

Seleciona-se no quadrado “Confirma a Emissão” e na disquete para impressão. Visto que a janela fecha automaticamente, abre-se novamente e efetuam-se os mesmos passos descritos acima, no sentido de emitir duas vias: uma (1) para o utente e outra para colocar junto da folha dos avisos.

- Paralelamente à emissão do Aviso, seleciona-se no separador “Financeira” , onde irá surgir uma nova janela:

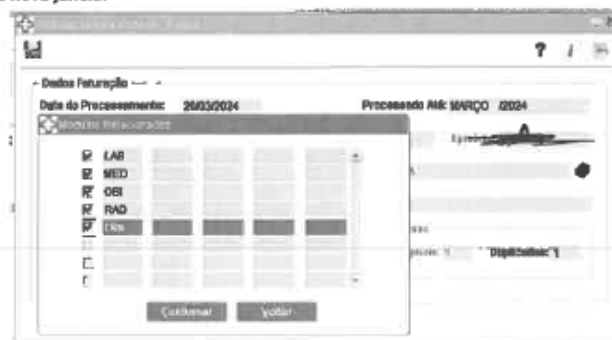


Imagem 6 – Informação para o utente.

Neste écran, selecionam-se todos os módulos conforme na Imagem 6 e clica-se em confirmar, surgindo a seguinte informação:

RESPONSÁVEL: Serviços Financeiros	DATA:
-----------------------------------	-------



Imagem 7 – Informação para o utente – simulação de fatura.

Nesta fase é necessário verificar qual será o período a faturar: A data deverá ser a data da assistência, com 1 dia de margem – EX: sendo o dia da assistência 29/05/2022, coloca-se no “Período a Faturar” 28/05/2022 a 30/05/2022. (Verificar sempre no separador altas se não é INT ou se existe mais informação, para identificar todos os atos médicos e procedimentos efetuados ao utente).

- Os originais da simulação da fatura e do aviso para o doente devem ser assinados, carimbados e enviados para o utente, por correio.

4. Outras causas de admissão à urgência

Os episódios a faturar às seguradoras podem ter como causa de admissão à urgência:

- Acidente de trabalho – AT;
- Acidente de viação – AV;
- Acidente pessoal - AP;
- Acidente escolar – AE;
- Acidente Desportivo – AD;

Quando é um episódio a faturar a uma seguradora, não sendo identificada a causa de admissão “Doença”, deverá surgir o código “929999 – Companhia de Seguros Indeterminada”, ou seja, está a aguardar que sejam fornecidos dados para o efeito.

Pesquisa-se o episódio de urgência, como descrito no ponto anterior, entrando em



por

forma emitir um aviso e uma simulação, sendo emitidas as seguintes informações:

RESPONSÁVEL: Serviços Financeiros

DATA:

➤ **Episódios de urgência>1**

Nos casos em que o mesmo utente tem dois episódios de urgência, sendo o segundo uma sequência do primeiro, deve emitir-se nova simulação de fatura e novo aviso ao utente, remetendo os vários documentos da mesma forma (para cada episódio de urgência, deve existir 1 aviso e 1 simulação).

B. Preenchimento dos dados do episódio no SONHOV2

As respostas aos avisos enviados, seja por correio ou email, que vão sendo rececionadas pelos Serviços Financeiros - SF, permitem completar a informação em falta, nomeadamente a entidade financeira responsável (EFR), bem como os dados em falta nos episódios de urgência.

Os códigos atualmente em vigor para cada seguradora são os que se apresentam na tabela seguinte:

Código	Companhia de Seguros
920109	Companhia Seguros Vitoria
920022	Companhia de Seguros Caravela
920044	Companhia de Seguros Liberty
920024	Companhia de Seguros AGEAS
920148	Companhia de Seguros Ocidental
920041	Companhia de Seguros Fidelidade
920098	Companhia de Seguros Generali Companhia de Seguros Açoreana Companhia de Seguros Tranquilidade Companhia de Seguros Lajo
920065	Companhia de Seguros Lusitania
920133	Companhia de Seguros CA Seguros
920099	Companhia de Seguros Allianz
920318	Companhia de Seguros Zurich
920067	Companhia de Seguros Mapfre
920088	Companhia de Seguros AIG
920141	Companhia de Seguros Euro Insurance
920139	Companhia de Seguros Mudum Seguros
920135	Companhia de Seguros OK Teleseguros Companhia de Seguros Via Directa
920043	Companhia de Seguros Una Seguros
920113	Fundo de Garantia Automóvel
920303	Mutua Pescadores
920127	AXA Global – Direct Seguros (Seguro Direto)

Tabela 1 – Listagem de seguradoras

- ii. Ofício remetido ao utente SA, datado de 5 de março de 2025, com um formulário para identificação do terceiro responsável pelo acidente de viação de 8 de fevereiro de 2025 e respetivo internamento:



Exmo(a) Sr(a):



Emitido em 05/03/2025

Servico de Pre-Facturacao

Exmo(a) Sr(a)

- 1.Solicita-se a V.Exa que nos devolva este questionario devidamente preenchido, no prazo de dez dias uteis.
- 2.O nao cumprimento do exposto no numero anterior, implicara a responsabilizacao do proprio.
- 3.O nao cumprimento do exposto no ponto 1 ou no ponto 2 implicara o recurso a instancia judicial competente.

Unidade Local de Saude
Hospital
Atividade

Processo: [redacted]

Urgencia: [redacted]

08/02/2025

Acidente De Viacao + referencias

Responsavel pelo acidente: _____

Residencia: _____

Comp.Seguros: _____ Apolice: _____

(junte fotocopia da participacao se possivel)

Nome do Segurado: _____

Assinatura de quem preenche: _____

Enviar para: faturacao.sf@chbv.min-saude.pt

- iii. Ofício remetido ao utente SA, datado de 28 de março de 2025, com o formulário para identificação do terceiro responsável pelo acidente de viação e Simulação de Fatura, emitida na mesma data, em nome do utente SA, com a discriminação dos custos dos cuidados de saúde prestados em 27 de março de 2025, relacionados com o sobredito acidente de viação, no valor total de 107,01 EUR:



Exmo(a) Sr(a):



Emittido em 28/03/2025

Servico de Pre-Faturacao

Exmo(a) Sr(a)

- 1.Solicita-se a V.Exa que nos devolva este questionario devidamente preenchido, no prazo de dez dias uteis.
- 2.O nao cumprimento do exposto no numero anterior,implicara a responsabilizacao do proprio.
- 3.O nao cumprimento do exposto no ponto 1 ou no ponto 2 implicara o recurso a instancia judicial competente.

Unidade Local de Saude Região de Aveiro

Processo:

Urgencia:

27/03/2025

Acidente De Viacao

Responsavel pelo acidente: _____

Residencia: _____

Comp.Seguros: _____ Apolice: _____

(Junta fotocopia da participacao se possivel)

Nome do Segurado: _____

Assinatura de quem preenche: _____

Enviar para: faturacao.sf@chbv.min-saude.pt



SIMULACAO DE FATURA

Unidade Local De Saúde Região De Aveiro
Av. Artur Ravara
Aveiro
3810- - 501 - Aveiro
Contribuinte No: 510123210
Matrícula: Registada na CRC de Aveiro
Cap.Social: 106.000.000 Euros

Pág: 001/001
Data Emissão: 28/03/2025

Exmo Sr.(a):

Cliente No: 00000000

Contribuinte No: 0
Causa :Acidente De Viacao
Doença

Radiologia; Laboratorio; Urgencia

Episódio	Data	Designação	Qt.	Preço Unit.	Valor
	27/03/2025	Urela, S/U	1		
	27/03/2025	Eplsoodio De Urgencia	1	1,30	1,30
	27/03/2025	Ionograma (Na, K, Cl), S/U	1	85,91	85,91
	27/03/2025	Creatinina, S/U	1	1,50	1,50
	27/03/2025	Tempo De Protrombina (Tp, Quick, Inr)	1	1,20	1,20
	27/03/2025	Tempo De Protrombina (Tp, Quick, Inr)	1	2,90	2,90
	27/03/2025	Hemograma Com Fórmula Leucocitária (Entrograma, Contagem De Leucócitos, Contagem De Plaqui	1	4,70	4,70
	27/03/2025	Tempo De Tromboplastina Parcial Ativado (Aptt) (Tempo De Cefalina-Activador), S	1	3,00	3,00
	27/03/2025	Ecg Simples De 12 Derivações	1	6,50	6,50

Cento e sete euros e um centimos

EUR

107,01

NOTA: Indicar sempre nome N.º fatura

- iv. Ofício remetido ao utente SA, datado de 31 de julho de 2025, com o formulário para identificação do terceiro responsável pelo acidente de viação e Simulação de Fatura, emitida na mesma data, em nome do utente SA, com a discriminação dos custos dos cuidados de saúde prestados em 28 de março de 2025 (internamento), relacionados com o sobredito acidente de viação, no valor total de 1.957,33 EUR:



Exmo(a) Sr(a):



Emitido em 31/07/2025

Serviço de Pre-Facturação

Exmo(a) Sr(a)

1. Solicita-se a V.Exa que nos devolva este questionário devidamente preenchido, no prazo de dez dias úteis.
2. O não cumprimento do exposto no número anterior, implicará a responsabilização do próprio.
3. O não cumprimento do exposto no ponto 1 ou no ponto 2 implicará o recurso a Instância Judicial competente.

Instância Local de Conciliação

Processo: [Redacted]

[Redacted]

Internamento: [Redacted]

Acidente De Viacao

28/03/2025

Responsável pelo acidente: _____

Residência: _____

Comp. Seguros: _____ Apolice: _____

(Junte fotocópia da participação se possível)

Nome do Segurado: _____

Assinatura de quem preenche: _____

Enviar para: faturacao.sf@chbv.min-saude.pt



SIMULACAO DE FATURA

Unidade Local De Saúde Região De Aveiro
Av. Artur Ravara
Aveiro
3810- - 501 - Aveiro
Contribuinte No: 510123210
Matrícula: Registada na CRC de Aveiro
Cap.Social: 106.000.000 Euros
Cliente No: 000 [REDACTED]

Pág: 001/ 001
Data Emissão: 31/07/2025

Exmo Sr.(a):
[REDACTED]

Contribuinte No: 0
Doente [REDACTED]

Internamento

Epiódo	Data	Designação	Qt.	Preço Unit.	Valor
[REDACTED]	28/03/2025	Procedimentos Em Bo Por Outras Complicações Do Tratamento	1	1.957,33	1.957,33

Mil, novecentos e cinquenta e sete euros e trinta e três centimos

EUR 1.957,33

- v. Ofício remetido ao utente SA, datado de 31 de julho de 2025, com o formulário para identificação do terceiro responsável pelo acidente de viação e Simulação de Fatura, emitida na mesma data, em nome do utente SA, com a discriminação dos custos dos cuidados de saúde prestados em 10 de abril de 2025 (internamento), relacionados com o sobredito acidente de viação, no valor total de 1.476,80 EUR:



Exmo(a) Sr(a):



Emitido em 31/07/2025

Serviço de Pre-Facturação

Exmo(a) Sr(a)

- 1.Solicita-se a V.Exa que nos devolva este questionário devidamente preenchido, no prazo de dez dias úteis.
- 2.O não cumprimento do exposto no número anterior, implicará a responsabilização do próprio.
- 3.O não cumprimento do exposto no ponto 1 ou no ponto 2 implicará o recurso a instância judicial competente.

Unidade Local de Saúde Região do Alentejo

Processo: [redacted]

Internamento: [redacted]

10/04/2025

Acidente De Viacao

Responsavel pelo acidente: _____

Residencia: _____

Comp.Seguros: _____ Apolice: _____

(Junte fotocópia da participação se possível)

Nome do Segurado: _____

Assinatura de quem preenche: _____

Enviar para: faturacao.sf@chbv.min-saude.pt



SIMULACAO DE FATURA

Unidade Local De Saúde Região De Aveiro
Av. Artur Ravara
Aveiro
3810- - 501 - Aveiro
Contribuinte No: 510123210
Matrícula: Registada na CRC de Aveiro
Cap.Social: 106.000.000 Euros
Cliente No: 00 [REDACTED]

Pág: 001/001
Data Emissão: 31/07/2025

Exmo Sr.(a):



Contribuinte No: 0

Doente: [REDACTED]

Internamento

Episódio	Data	Designação	Qt.	Preço Unit.	Valor
[REDACTED]	10/04/2025	Procedimentos No Ombro, Braço E/Ou Antebraço	1	1.476,80	1.476,80

Mil, quatrocentos e setenta e seis euros e oitenta centimos EUR 1.476,80

- vi. Informação sobre a isenção taxas moderadoras associadas aos episódios de urgência de 19/03/2025, 27/03/2025, 28/03/2025, 10/04/2025, 14/06/2025, 16/06/2025, 27/06/2025 e 02/07/2025:



Utente
Nome : ██████████

Taxas
Causa da Urgência: Acidente De Viacao Destino: Exterior Nao Referenciado

Data	Episódio	Módulo Taxa	Isenção	Valor	Tipo de Taxa
27/03/2025	██████████	URG	81 TERCEIRO RESPON	16.00€	Urgência
27/03/2025	██████████	URG	81 TERCEIRO RESPON	1.40€	Radiologia
27/03/2025	██████████	URG	81 TERCEIRO RESPON	0.50€	Laboratório
27/03/2025	██████████	URG	81 TERCEIRO RESPON	1.20€	Laboratório
27/03/2025	██████████	URG	81 TERCEIRO RESPON	0.35€	Laboratório
27/03/2025	██████████	URG	81 TERCEIRO RESPON	0.35€	Laboratório
27/03/2025	██████████	URG	81 TERCEIRO RESPON	0.80€	Laboratório
27/03/2025	██████████	URG	81 TERCEIRO RESPON	0.90€	Laboratório

Utente
Nome : ██████████

Taxas
Causa da Urgência: Acidente De Viacao Destino: Serviço De Internamento

Data	Episódio	Módulo Taxa	Isenção	Valor	Tipo de Taxa
28/03/2025	██████████	URG	76 URGÊNCIA COM DE	16.00€	Urgência

Utente
Nome : ██████████

Taxas
Causa da Urgência: Acidente De Viacao Destino: Serviço De Internamento

Data	Episódio	Módulo Taxa	Isenção	Valor	Tipo de Taxa
10/04/2025	██████████	URG	76 URGÊNCIA COM DE	16.00€	Urgência
10/04/2025	██████████	URG	76 URGÊNCIA COM DE	1.20€	Laboratório
10/04/2025	██████████	URG	76 URGÊNCIA COM DE	0.35€	Laboratório
10/04/2025	██████████	URG	76 URGÊNCIA COM DE	0.50€	Laboratório
10/04/2025	██████████	URG	76 URGÊNCIA COM DE	0.80€	Laboratório
10/04/2025	██████████	URG	76 URGÊNCIA COM DE	0.90€	Laboratório
10/04/2025	██████████	URG	76 URGÊNCIA COM DE	0.35€	Laboratório

III. DO DIREITO

III.1. Da missão e das atribuições e competências da ERS

22. Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto, a ERS “*tem por missão a regulação, nos termos previstos nos presentes estatutos, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*”, sinalizando a alínea b) do n.º 2 do mesmo preceito que as suas atribuições “*compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita [à] garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes*”.
23. O artigo 4.º dos mencionados Estatutos sublinha que a ERS “*exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social*” (n.º1), estando, assim, sujeitos “*à regulação da ERS, no âmbito das suas atribuições e para efeitos dos presentes estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas*” (n.º 2).
24. Resulta, pois, inequívoco que a ULSRA é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, inscrita, ademais, no SRER da ERS sob o número de registo acima identificado, encontrando-se, assim, sob a alçada regulatória e de supervisão da ERS.
25. Por outro lado, o artigo 10.º dos aludidos Estatutos define como objetivos da ERS, para além do mais, o de “*assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei*” (alínea b)), o de “*garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*” (alínea c)) e,

- bem assim, o de “*zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*” (alínea d)).
26. Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas três alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.
27. Assim, a alínea a) do artigo 12.º dos referidos estatutos estabelece que “[p]ara efeitos do disposto na alínea b) do artigo 10.º incumbe à ERS [a]ssegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados”.
28. O artigo seguinte, o 13.º, ressalva que, na prossecução do objetivo enunciado na alínea c) do artigo 10.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS, entre outras atribuições, “[a]preciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas, nos termos do artigo 30.º, garantindo o direito de acesso pela Direção-Geral da Saúde e pela Direção-Geral do Consumidor à informação quanto à natureza, tipologia e volume das causas mais prevalentes de reclamações, bem como proceder ao envio de relatórios periódicos às mesmas entidades” (alínea a)) e “[v]erificar o cumprimento da «Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde», designada por «Carta dos Direitos de Acesso» por todos os prestadores de cuidados de saúde, nela se incluindo os direitos e deveres inerentes” (alínea b)).
29. O objetivo traçado na alínea d) do artigo 10.º dos mencionados Estatutos é densificado no artigo 14.º daquele diploma legal, atribuindo à ERS a incumbência de “[g]arantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade [...]” (alínea c)) e de “[p]ropor e homologar códigos de conduta e manuais de boas práticas dos destinatários atividade objeto de regulação pela ERS” (alínea d)).

30. Na senda do disposto na alínea d) do artigo 14.º, e em concretização dos seus poderes de supervisão, o artigo 19.º dos referidos Estatutos identifica como incumbências da ERS, entre outras, a de “[z]elar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições” (alínea a)) e “[e]mitir ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes” (alínea b)).
31. Finalmente, aos poderes de supervisão supra enunciados, acrescem ainda os poderes sancionatórios consagrados no artigo 22.º dos Estatutos da ERS.
32. Assim, dispõe o n.º 1 do mencionado preceito que “[n]o exercício dos seus poderes sancionatórios relativos a infrações cuja apreciação seja da sua competência, incumbe à ERS desencadear os procedimentos sancionatórios adequados, adotar as necessárias medidas cautelares e aplicar as devidas sanções”, sendo certo que, como sinalizada o n.º 2 deste normativo, “[a]s decisões sancionatórias não dispensam o infrator do cumprimento do dever jurídico ou ordem ou instrução desrespeitada, nem prejudicam o exercício quanto aos mesmos factos dos poderes de supervisão previstos no artigo 19.º”.
33. Neste sentido, é estabelecido no n.º 2 do artigo 61.º, n.º 2, alínea b), subalínea ii), 1.ª parte dos Estatutos da ERS, que “[c]onstitui contraordenação, punível com coima de 1000 EUR a 3740,98 EUR ou de 1500 EUR a 44 891,81 EUR, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva (...) [a] violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde [alínea b)]:
- (...) ii) [a] violação de regras estabelecidas em lei ou regulamentação e que visem garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, (...) em estabelecimentos públicos, publicamente financiados, ou contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas e subsistemas públicos de saúde ou equiparados, nos termos do disposto nas alíneas a) e b) do artigo 12.º”.

III.2. Dos direitos dos utentes dos serviços de saúde

o Do direito de acesso à prestação de cuidados de saúde

34. Inserido no Capítulo II (*“Direitos e deveres sociais”*), do Título III (*“Direitos e deveres económicos, sociais e culturais”*), da Parte I (*“Direitos e deveres fundamentais”*) da Constituição da República Portuguesa (CRP), o *“direito à protecção da saúde”*, consagrado no artigo 64.º da CRP, assume-se como um dos pressupostos fundamentais da densificação do princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1.º da CRP) e da *“realização da democracia (...) social”* (artigo 2.º da CRP).
35. Conforme se pode ler no n.º 3 do mencionado preceito constitucional, *“[p]ara assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado (...) [g]arantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”* (alínea a)) e *“[d]isciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade”* (alínea d)).
36. Aliás, no mesmo sentido aponta também o legislador ordinário, desde logo na Base 1 da Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro¹, onde se esclarece que *“[o] direito à protecção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer”* (n.º 1), pelo que *“[...] compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos”* (n.º2).

¹ A Lei 95/2019, de 4 de setembro, entrou em vigor em 4 de novembro de 2019, e revogou a anterior Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei, 48/90, de 24 de agosto.

37. Por ser assim, “[o] Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais” (n.º 4 da Base 1).
38. Ora, nos termos do disposto na Base 21, “[s]ão beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses” (n.º 1) e, bem assim, “os cidadãos, com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporárias em Portugal, que sejam nacionais de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção internacional e migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável” (n.º 2).
39. A Base 20, por sua vez, define o SNS como “o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde” (n.º 1).
40. Assim, constituem traves mestras da atuação do SNS as seguintes notas caracterizadoras: “[u]niversal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade” (alínea a)); “[g]eral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes” (alínea b)); “[t]endencial gratuitidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos” (alínea c)); “[i]ntegração de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede” (alínea d)); “[e]quidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis” (alínea e)); “[q]ualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (alínea f)); “[p]roximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde” (alínea g)); “[s]ustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente

e de qualidade dos recursos públicos disponíveis” (alínea h));” [t]ransparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS” (alínea i)) – Cfr. N.º 2 da Base 20 da LBS.

41. Como se percebe do quadro legal *supra* enunciado, não obstante a responsabilidade primacial atribuída ao Estado na garantia do direito constitucional à proteção da saúde, a verdade é que a efetivação do mesmo se estendia (e estende à luz da nova LBS) a diversos tipos de prestadores de cuidados de saúde, devendo aquele direito ser assegurado:

- (i) pelos prestadores de cuidados de saúde do SNS, próprios ou convencionados, no caso de todos os cidadãos portugueses e, ainda, de cidadãos estrangeiros, nos termos do regime jurídico aplicável;
- (ii) pelos prestadores de cuidados de saúde, próprios, convencionados ou em regime livre de um determinado sistema ou subsistema público de saúde, caso o utente seja beneficiário de tal sistema ou subsistema, e nos termos definidos pelo mesmo;
- (iii) pelos prestadores de cuidados de saúde, próprios, convencionados ou em regime livre, ao abrigo de um dado seguro de saúde, caso o utente haja contratado uma tal cobertura do risco de doença, e nos termos acordados com a entidade seguradora;
- (iv) pelos prestadores de cuidados de saúde do setor privado, com ou sem fins lucrativos, mediante contraprestação acordada entre o utente e o concreto prestador, livremente escolhido.

42. Trata-se, pois, de uma solução legislativa de compromisso que, com o objetivo de garantir e efetivar o direito constitucional à proteção na saúde, visa colmatar as eventuais lacunas e limitações (humanas, técnicas e financeiras) existentes nos estabelecimentos públicos de saúde num determinado contexto histórico-temporal.

43. Ora, a ULSRA integra a rede nacional de prestação de cuidados de saúde, sendo-lhe aplicável, nessa medida, o Estatuto do SNS (*cf.* artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto²).

III.3. Das taxas moderadoras no SNS

○ Em geral

44. Conforme anteriormente já referido, o direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da CRP, tem por escopo garantir o acesso de todas as pessoas aos cuidados de saúde, o qual será assegurado, entre outras obrigações constitucionalmente impostas, através da criação de um SNS universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.
45. Apresenta-se, assim, como um direito fundamental de natureza social, ou seja, um direito social a prestações do Estado, do qual resulta para todos uma posição jurídica subjetiva ativa concretizada na possibilidade de acederem ao SNS, o qual deverá dispor dos serviços de saúde necessários ao tratamento, reabilitação ou prevenção de doença de que cada cidadão padeça, ou que possa vir a padecer.
46. A concretização do direito constitucional à proteção da saúde estava, porém, dependente de uma intervenção legislativa conformadora do mesmo – a qual se encontra atualmente realizada graças à vigência do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.
47. Por outro lado, a maior ou menor concretização do sobredito direito, num determinado momento, depende também dos recursos materiais e financeiros disponíveis por parte do Estado.
48. É neste contexto que a doutrina constitucional tem aludido diversas vezes ao facto de o direito à proteção da saúde ser um direito sob “*reserva do possível*”,

² O Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, e revogou, atento o disposto na alínea a) do artigo 105.º do mencionado diploma legal, o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

- o que implica uma aplicação gradual e progressiva da imposição constitucional contida na alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da CRP, de criação de um SNS universal, geral e tendencialmente gratuito.
49. Concretamente no que respeita à tendencial gratuitidade dos cuidados, a mesma mantém-se consagrada na nova LBS (*cf.* alínea c) do n.º 2 da Base 20), enquanto princípio que deve pautar a atuação do SNS.
50. Assim, apenas será admissível a cobrança de determinados valores aos utentes com o objetivo de moderar o consumo de cuidados de saúde – tal como prosseguido pelas taxas moderadoras –, e desde que não seja vedado o acesso a esses cuidados por razões económicas, nem sejam postas em causa as situações de isenção (e de dispensa) do pagamento de taxas moderadoras legalmente previstas (*cf.* Base 24 da nova LBS).
51. Com efeito, quanto à cobrança de taxas moderadoras, o n.º 1 da Base 24 da LBS, estabelece que “[a] lei deve determinar a isenção de pagamento de taxas moderadoras, nomeadamente em função da condição de recursos, de doença ou de especial vulnerabilidade, e estabelecer limites ao montante total a cobrar”;
52. Ressalvando, no seu n.º 2, que “[c]om o objetivo de promover a correta orientação dos utentes, deve ser dispensada a cobrança de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários e, se a origem da referenciação for o SNS, nas demais prestações de saúde, nos termos a definir por lei”.
53. A pretexto da apreciação da constitucionalidade de algumas normas da anterior LBS (aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), o Tribunal Constitucional (TC) teve oportunidade de interpretar o sentido e alcance da expressão “*tendencialmente gratuito*”, introduzida na alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da CRP, na revisão constitucional de 1989.
54. De acordo com o entendimento vertido no Acórdão do TC n.º 731/95, de 14 de dezembro³, a expressão “*tendencialmente gratuito*” não inverteu o

³ O Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 731/95 pode ser consultado em <http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/19950731.html>.

princípio da gratuitidade, antes abriu a possibilidade de existirem exceções àquele princípio, nomeadamente quando o objetivo seja o de racionalizar a procura de cuidados de saúde (por exemplo, através da aplicação de taxas moderadoras).

55. Efetivamente, conforme se pode ler no mencionado Aresto:

“(…) [O] Serviço Nacional de Saúde, cuja criação a Constituição determina, não é apenas um conjunto de prestações e uma estrutura organizatória; não é apenas um conjunto mais ou menos avulso de serviços (hospitais, etc.) —, é um serviço em sentido próprio. É, por isso, uma estrutura a se, um complexo de serviços, articulado e integrado». Embora da alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da Constituição não possa retirar-se um modelo único de organização do Serviço Nacional de Saúde, cuja criação aí se prescreve (cfr. o Acórdão n.º 330/89), certo é que a «liberdade» deferida ao legislador para a sua conformação sofre dos limites estabelecidos nesse mesmo preceito e que são a universalidade do Serviço Nacional de Saúde, a sua generalidade e a sua gratuitidade tendencial, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos.

(…)

*«[S]ignifica rigorosamente que as prestações de saúde não estão em geral sujeitas a qualquer retribuição ou pagamento por parte de quem a elas recorra, pelo que as eventuais taxas (v. g., as chamadas «taxas moderadoras») são constitucionalmente ilícitas se, pelo seu montante ou por abrangerem as pessoas sem recursos, dificultarem o acesso a esses serviços» (cfr. ob. cit., p. 343). Seja qual for o verdadeiro sentido da modificação operada pela Lei Constitucional n.º 1/89, através da introdução da expressão «gratuitidade tendencial, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos», a mesma teve, pelo menos, o efeito de «flexibilizar» a fórmula constitucional anterior (a da «gratuitidade» tout court), atribuindo, assim, ao legislador ordinário uma maior discricionariedade na definição dos contornos da gratuitidade do Serviço Nacional de Saúde. O artigo 64.º, n.º 2, alínea a), da Lei Fundamental não veda, pois, ao legislador a instituição de «taxas moderadoras ou outras», **desde que estas não***

signifiquem a retribuição de um «preço» pelos serviços prestados, nem dificultem o acesso dos cidadãos mais carenciados aos cuidados de saúde. (negrito e sublinhado nosso).

56. Assim, quando, na anterior LBS (entretanto revogada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que aprovou a atual LBS), o legislador sinalizava que a cobrança de taxas moderadoras tinha “o *objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde*” (n.º 1 Base XXIV), o que estava insito na vontade do legislador era que, nas situações em que a decisão de recorrer ou não aos cuidados de saúde dependesse unicamente da vontade do utente, essas taxas deveriam ser capazes de conter um consumo excessivo face às reais necessidades de cuidados de saúde.
57. Através da imposição do pagamento de determinado valor, pretendeu o legislador que, no momento da tomada de decisão de recorrer a determinado cuidado de saúde (em especial, em casos de pequena gravidade), fosse exercida uma pressão sobre o utente apta a moderar ou racionalizar o consumo excessivo.
58. De qualquer forma, importa sublinhar que a redução do consumo desnecessário será mais eficaz se a decisão de consumir estiver unicamente na esfera do utente a quem serão cobradas as respetivas taxas.
59. Todavia, no caso dos cuidados de saúde, são frequentes as situações em que a decisão de consumo de cuidados de saúde é partilhada entre utente e profissional de saúde, ou depende em larga medida do segundo, assumindo a prescrição médica um papel fundamental para a decisão, pelo que a atual LBS estabelece, como vimos, no n.º 2 da sua Base 24, que “[c]om o *objectivo de promover a correta orientação dos utentes, deve ser dispensada a cobrança de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários e, se a origem da referência for o SNS, nas demais prestações de saúde, nos termos a definir por lei.*”
60. Para além de uma componente de moderação do consumo dos cuidados de saúde, as taxas moderadoras constituem, igualmente, receita do SNS, uma vez que nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS,

respondem pelos encargos com os cuidados de saúde prestados no âmbito do SNS, os seus beneficiários na parte que lhes couber, nos termos da lei.

61. No entanto, representam apenas uma pequena fração do total dessa receita, não sendo seu objetivo funcionar como fonte de financiamento, tendo como primordial função a de moderação do consumo de cuidados de saúde.
 62. Assim, face ao enquadramento constitucional em vigor, a LBS afirma, no n.º 1 da Base 23, que “[o] *financiamento do SNS é assegurado por verbas do Orçamento do Estado, podendo ser determinada a consignação de receitas fiscais para o efeito, sem prejuízo de outras receitas previstas em lei, regulamento, contrato ou outro título.*”.
 63. E no que às taxas moderadoras respeita, em cumprimento do princípio da tendencial gratuitidade, o n.º 1 da Base 24 prevê que “[a] *lei deve determinar a isenção de pagamento de taxas moderadoras, nomeadamente em função da condição de recursos, de doença ou de especial vulnerabilidade, e estabelecer limites ao montante total a cobrar.*”⁴.
 64. No seguimento de todo o exposto, conclui-se que a cobrança de taxas moderadoras é admissível desde que elas:
 - (i) tenham como finalidade racionalizar a utilização do SNS;
 - (ii) não correspondam a uma contrapartida financeira, ou seja, ao pagamento do (ou parte do) preço dos cuidados de saúde prestados;
e
 - (iii) não sejam aptas a criar impedimentos ou restrições no acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde.
- **Do atual regime legal das taxas moderadoras e dos regimes especiais de benefícios**

⁴ No mesmo sentido, vide o n.º 3 do artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que prescreve o seguinte: “A lei determina as situações de isenção de pagamento de taxas moderadoras, nomeadamente em função da condição de recursos, de doença ou de especial vulnerabilidade, estabelece limites ao montante total a cobrar e promove a progressiva dispensa de cobrança de taxas moderadoras.”.

65. Ainda no período de vigência da anterior LBS, foi aprovado o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro⁵, que veio regular “o acesso às prestações do [SNS] por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios, tendo por base a definição das situações determinantes de isenção de pagamento ou de comparticipação, como situações clínicas relevantes de maior risco de saúde ou situações de insuficiência económica” (cfr. artigo 1.º).
66. Nos termos do preceituado no seu artigo 2.º, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio, que veio proceder a um substancial e relevante alargamento das situações de dispensa de cobrança de taxas moderadoras, “[a]s prestações de saúde, cujos encargos sejam suportados pelo orçamento do SNS, implicam o pagamento de taxas moderadoras apenas nos serviços de urgência hospitalar”.
67. O regime de taxas moderadoras prevê a distinção entre isenção e dispensa do pagamento, com base em critérios de racionalidade e discriminação positiva dos mais carenciados e desfavorecidos, ao nível do risco de saúde ponderado e ao nível da insuficiência económica, bem como de determinados grupos populacionais que se encontram em condições de especial vulnerabilidade e risco (cfr. artigos 4.º e 8.º do diploma em apreço).
68. Neste sentido, a isenção do pagamento de taxas moderadoras confere o direito ao não pagamento de taxas moderadoras em todas as prestações de saúde; a dispensa contempla apenas o direito ao não pagamento de taxas moderadoras no acesso a prestações de saúde específicas.
69. Importa assim sublinhar que o reconhecimento das isenções previstas na Lei pressupõe sempre a sua comprovação pelos utentes. Quer o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, quer a Portaria n.º 311-D/2011, de 27 de dezembro, regulam o reconhecimento e comprovativo de isenção por condição de insuficiência económica, aqui incluída a isenção por desemprego involuntário introduzida pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho.

⁵ O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, já sofreu várias alterações legislativas, tendo a última sido efetuada pelo Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio.

Relativamente às demais isenções, foi a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) quem estabeleceu os meios comprovativos a apresentar pelos utentes, mediante a emissão de Circulares Normativas e Informativas dirigidas às ARS, e aos hospitais e ULS.

70. Por seu turno, a dispensa de cobrança de taxas moderadoras passou a estar prevista no n.º 2 da Base 24 da LBS, aí se referindo que, com o objetivo de promover a correta orientação dos utentes, deve ser dispensada a cobrança de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários e, se a origem da referenciação for o SNS, nas demais prestações de saúde, nos termos a definir por lei.
71. Nos termos do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, é dispensada a cobrança de taxas moderadoras no atendimento em serviço de urgência nas situações em que há referenciação prévia pelo SNS ou nas situações das quais resulta a admissão a internamento através da urgência.
72. As taxas moderadoras são cobradas no momento da realização das prestações de saúde, salvo em situações de impossibilidade do utente, resultante do seu estado de saúde, ou da falta de meios próprios de pagamento, bem como de regras específicas de organização interna da entidade responsável pela cobrança.
73. Não sendo cobradas no momento da realização do ato, o utente é interpelado para efetuar o pagamento no prazo de 10 dias subsequentes a contar da data da notificação (*cf.* artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro).
74. Corolário do entendimento atrás secundado sobre a *ratio legis* subjacente à cobrança de taxas moderadoras – estas constituem um instrumento de racionalização da utilização do SNS, não correspondendo a uma contrapartida financeira, isto é, ao pagamento do preço dos cuidados de saúde prestados – o legislador, através da Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro (*cf.* artigo 135.º), que aprovou o Orçamento do Estado para 2017, revogou o artigo 8.º-A do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, que configurava como contraordenação o “*não pagamento de taxas moderadoras devidas pela utilização dos serviços de saúde*”.

75. Finalmente, em concretização do disposto no n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, a Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro, aprovou os valores das taxas moderadoras aplicáveis às diversas prestações de cuidados de saúde no SNS, bem como as regras de apuramento e cobrança das mesmas taxas moderadoras.
76. Nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 3.º da mencionada Portaria (na redação introduzida pela Portaria n.º 64-C/2016, de 31 de março) “[o] montante total devido pela aplicação das taxas moderadoras em cada atendimento na urgência, acrescido do valor das taxas moderadoras aplicáveis aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados no decurso do mesmo não pode exceder o valor de € 40 (quarenta euros)”.

III.4. Da identificação do utente do SNS e da sua inscrição no Registo Nacional de Utentes (RNU)

77. Estabelece o n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do SNS, que os sistemas de informação do SNS “*devem contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, facilitando o acesso a cuidados de saúde dos beneficiários do SNS, melhorando a qualidade do trabalho dos profissionais de saúde, possibilitando a investigação e desenvolvimento em saúde e reforçando a eficiência dos serviços e estabelecimentos do SNS e a transparência da sua gestão*”.
78. Além disso, os referidos sistemas de informação “*devem, ainda, possibilitar a interoperabilidade, a interconexão, a digitalização e o acesso a dados pessoais do utente, ainda que armazenados em entidades externas ao SNS, nos termos da lei, designadamente tendo em vista a consolidação do Registo de Saúde Eletrónico, a otimização da gestão dos sistemas e serviços de saúde e a investigação e desenvolvimento em saúde*” (cfr. n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do SNS).
79. No que diz respeito aos utentes (cfr. n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do SNS), “os sistemas de informação devem, especialmente, contribuir para:
- a) *Melhorar a equidade no acesso a cuidados de saúde;*

b) *Garantir a qualidade da prestação de cuidados, designadamente na atividade não presencial;*

c) *Permitir um modelo de acesso omnicanal que melhore a satisfação do utente”.*

Isto posto,

80. O Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, procedeu à criação do cartão de identificação do utente do SNS (cfr. artigo 1.º).
81. Nos termos do disposto no artigo 2.º do aludido diploma legal, aquele cartão “*deve ser apresentado sempre que os utentes utilizem os serviços das instituições e serviços integrados no [SNS] ou com ele convencionado*”, sendo que, “[a] *não identificação dos utentes nos termos do número anterior não pode, em caso algum, determinar a recusa de prestações de saúde*” (cfr. n.º 2).
82. O n.º 3 do mesmo preceito adverte ainda que “[a]os ***utentes não é cobrada, com exceção das taxas moderadoras, quando devidas, qualquer importância relativa às prestações de saúde quando devidamente identificados nos termos deste diploma ou desde que façam prova, nos 10 dias seguintes à interpelação para pagamento dos encargos com os cuidados de saúde prestados, de que são titulares ou requereram a emissão do cartão de identificação de utente do [SNS]***” (negrito e sublinhado nosso).
83. Neste sentido, “[p]ara efeitos de emissão do cartão de identificação do utente, os serviços a que se refere o n.º 1 do artigo 2.º devem solicitar ao interessado o preenchimento de um formulário de identificação do utente do [SNS]” (cfr. artigo 5.º, n.º 1), sendo que “[p]ara a receção do formulário de identificação pelos serviços referidos no número anterior é exigida a apresentação de documento oficial de identificação do titular e de indicação do local da sua residência, bem como, se for caso disso, de: (...) [d]ocumento comprovativo da sua qualidade de beneficiário de subsistema ou, no caso de titulares de seguros, a respectiva apólice” (cfr. artigo 5.º, n.º 2, alínea a)).

84. Acrescenta o n.º 1 do artigo 10.º “[s]empre que se verifique a alteração de elementos constantes do cartão de identificação do utente ou da situação do seu titular perante o Serviço Nacional de Saúde, designadamente nas situações cobertas por subsistemas ou por seguros, deve o mesmo ser actualizado”.
85. Ademais, “[o]s serviços referidos no n.º 1 do artigo 2.º devem facultar ao utente uma cópia autenticada do formulário de identificação, devidamente preenchido, para efeitos de comprovação da sua situação perante o [SNS], até à data de atribuição do respectivo cartão de identificação do utente” (cfr. artigo 5.º, n.º 4).
86. Ora, uma das situações em que o referido cartão de identificação do utente – o qual “deve incluir o número de identificação do respectivo titular perante o [SNS]” (cfr. artigo 6.º, n.º 1) – deve ser apresentado é, precisamente, para efeitos de prestação de cuidados de saúde (cfr. artigo 3.º, n.º 1, alínea a)).
87. Faz-se notar que no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, a nova redação dos n.º 2 e 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, era justificada com a necessidade de “associar consequências à não identificação do cartão e que assentam no pressuposto que o utente não identificado não é beneficiário do Serviço Nacional de Saúde, associando o ónus do pagamento directo do utente pelos encargos decorrentes de cuidados de saúde, quando não se apresente devidamente identificado nas instituições e serviços prestadores ou não indique terceiro, legal ou contratualmente responsável. Esta responsabilização prática das instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde fica agora mitigada pela possibilidade de o utente se eximir da responsabilidade pelos cuidados de saúde prestados requerendo o respectivo documento de identificação.”⁶ (sublinhado nosso).

⁶ O Tribunal Constitucional, no seu Acórdão n.º 221/2009, de 5 de maio, decidiu, com força obrigatória geral, não declarar a inconstitucionalidade do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, na redação dada pelo artigo único do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, quando interpretado no sentido de obrigar ao pagamento dos serviços prestados apenas pelo facto de o utente não ter cumprido o ónus de demonstração de titularidade do cartão de utente no prazo de dez dias subsequentes à interpelação para pagamento dos encargos com os cuidados de saúde.

88. Do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, na redação dada pelo artigo único do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, resulta, então, a obrigatoriedade de identificação dos utentes beneficiários do SNS quando recorrem aos cuidados de saúde prestados nos estabelecimentos do SNS;
89. Sob pena de, não se identificando, não serem considerados beneficiários do SNS, sendo-lhes, desse modo, associado o ónus do pagamento direto dos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, conforme resulta, desde logo, da alínea a) do n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS.
90. Ainda que, “[a] não identificação dos utentes [...] não po[ssa], em caso algum, determinar a recusa de prestações de saúde” (cfr. n.º 2 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, na redação dada pelo artigo único do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril).

Aqui chegados,

91. O Despacho n.º 1668/2023, de 2 de fevereiro⁷ veio, entre outras matérias, definir “as regras de organização e os mecanismos de gestão referentes ao [RNU]” (cfr. artigo 1.º)
92. Com efeito, “[o] RNU é a base de dados nacional que agrega e identifica de forma clara e unívoca o cidadão que acede ao SNS, nos termos definidos pela base 21 da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que aprova a Lei de Bases da Saúde” (cfr. artigo 2.º).
93. Na verdade, conforme se refere no preâmbulo do Despacho em apreço, “[o] Registo Nacional de Utentes (RNU) constitui-se como uma base de dados nacional de identificação e registo dos utentes no SNS, permitindo a caracterização da inscrição dos utentes nos cuidados de saúde primários, nomeadamente em equipa de saúde familiar.”
94. Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 3.º do Despacho n.º 1668/2023, de 2 de fevereiro, “[o] registo do cidadão no RNU resulta na atribuição de um

⁷ No dia 16 de dezembro de 2024 foi publicado o Despacho n.º 14830/2024, que “[d]efine as regras de organização e os mecanismos de gestão referentes ao Registo Nacional de Utentes” e revoga o Despacho n.º 1668/2023, de 2 de fevereiro, com efeitos a partir do dia 1 de abril de 2025.

número único, nacional e definitivo designado por número nacional de utente (NNU).” (cfr. n.º 1).

95. Deste modo, o n.º 2 do mesmo preceito legal esclarece que “[o] registo no RNU é efetuado através da recolha dos seguintes dados:

- a) Nome;*
- b) Sexo;*
- c) Data de nascimento;*
- d) País de nacionalidade;*
- e) País de naturalidade;*
- f) Distrito, concelho e freguesia, quando a nacionalidade é portuguesa;*
- g) Tipo de documento de identificação;*
- h) Número do documento de identificação;*
- i) Número de identificação fiscal (NIF);*
- j) Residência (morada completa, nacional ou estrangeira);*
- k) Documento de autorização de residência válido para os cidadãos estrangeiros, quando aplicável;*
- l) Número de identificação Segurança Social (NISS), quando aplicável;*
- m) Número de telemóvel e número de telefone fixo, quando aplicável;*
- n) Endereço eletrónico, quando aplicável;*
- o) Entidade responsável, respetivo número e data de validade, quando aplicável;*
- p) Benefícios, quando aplicável”*

96. Relativamente às tipologias de registo de utentes no RNU, o artigo 4.º esclarece que “[o] registo no RNU assume uma, e apenas uma, das seguintes tipologias” (cfr. n.º 1):

- Registo ativo, aplicável aos cidadãos de nacionalidade portuguesa e aos cidadãos de nacionalidade estrangeira, com residência permanente em Portugal (*cf.* n.º 2, alínea a) e b);
- Registo transitório, que ocorre sempre que não se cumpram as condições para o registo ativo e pressupõe o preenchimento obrigatório dos dados referidos nas alíneas a) a f) do n.º 2 do artigo 3.º, tendo a duração máxima de 90 dias contados desde a data de registo no RNU (*cf.* n.º 3 e n.º 4);
- Registo inativo, aplicável aos cidadãos que não cumpram os requisitos de registo ativo ou transitório e inclui os cidadãos com registo de óbito (*cf.* n.º 5);

97. Finalmente, o n.º 1 do artigo 5.º esclarece, relativamente a novos registos no RNU, que podem ser efetuados “*de duas formas:*”

a) Através do portal do RNU, nas unidades de saúde do SNS;

b) Através do pedido do cartão do cidadão.”

98. De resto, o n.º 2 do aludido artigo estabelece que “[a] *título excepcional, o registo no RNU pode ser efetuado por interoperabilidade de dados, em articulação com outras entidades, mediante procedimento específico e devidamente regulamentado*”.

III.5. Das entidades terceiras responsáveis, por lei ou contrato, pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no quadro do SNS

99. Importa recordar que o SNS possui, como já referido, uma dupla dimensão ou perspetiva, que em cada momento deve ser considerada;

100. Efetivamente, o SNS não se apresenta apenas como o garante da prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários, ou seja, como prestador, mas igualmente como garante de um acesso tendencialmente gratuito a essa prestação, através do seu financiamento.

101. Nessa segunda dimensão – a de financiador –, a Base 23 da LBS estabelece que “[o] *financiamento do SNS é assegurado por verbas do Orçamento do Estado, podendo ser determinada a consignação de receitas fiscais para o efeito, sem prejuízo de outras receitas previstas em lei, regulamento, contrato ou outro título*”.
102. E o Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, prevê, no seu artigo 23.º, que “[a] *lém do Estado, respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no âmbito do SNS:*
- a) *Os utentes não beneficiários do SNS e os beneficiários na parte que lhes couber, nos termos da lei;*
 - b) *As entidades que estejam a tal obrigadas por força de lei ou de contrato.*
- 2 - *O SNS, no âmbito das suas competências e atribuições territoriais, é financeiramente responsável pelas prestações de saúde realizadas aos beneficiários de subsistemas públicos, desde que os mesmos tenham direito a essas prestações pela sua condição de beneficiários do SNS.*
- 3 - *A lei determina as situações de isenção de pagamento de taxas moderadoras, nomeadamente em função da condição de recursos, de doença ou de especial vulnerabilidade, estabelece limites ao montante total a cobrar e promove a progressiva dispensa de cobrança de taxas moderadoras.”.*
103. Em desenvolvimento de tal preceito, o artigo 24.º do Estatuto do SNS esclarece que “[o]s *limites mínimos e máximos dos preços a cobrar pelos cuidados prestados no âmbito do SNS são estabelecidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, tendo em conta os custos reais diretos e indiretos e o necessário equilíbrio de exploração*”.
104. Nesse sentido, a Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho⁸, que aprovou os Regulamentos e as Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde, veio estabelecer “[o] *valor das prestações de*

⁸ A Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, já sofreu várias alterações legislativas, tendo a última sido efetuada pela Portaria n.º 202/2025/1, de 23 de abril.

saúde realizadas pelas instituições e serviços previstos no artigo seguinte e que devam ser cobradas aos terceiros legalmente ou contratualmente responsáveis pelos respetivos encargos” (cfr. artigo 1.º, n.º 1 e artigo 2.º, n.º 1 do Anexo I da aludida Portaria).

105. Do *supra* exposto resulta, em síntese, que os custos resultantes da prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do SNS são suportados:

- (i) Pelo orçamento do SNS, no caso da generalidade dos utentes beneficiários do SNS, incluindo os beneficiários dos subsistemas de saúde públicos;
- (ii) Por terceiras entidades, quando o recurso dos utentes aos serviços de saúde resulte de ação ou omissão que, por lei ou contrato, seja da responsabilidade dessa terceira entidade, e não deva ser assumida pelo SNS (situações de utentes vítimas de agressão, ou de acidentes de viação, laborais, desportivos, etc.); ou, ainda,
- (iii) Pelos utentes não beneficiários do SNS.

Aqui chegados,

106. E com o propósito de clarificar o conceito de terceiros responsáveis, o entretanto extinto Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), substituído nas suas atribuições pela ACSS, emitiu a Circular Informativa n.º 1, de 1 de julho de 2005⁹, nos termos da qual se concluíra, para além do mais, o seguinte:

- (i) Os hospitais do SNS têm direito a ser ressarcidos dos custos ou encargos com a prestação de cuidados de saúde aos utentes (assistidos) sempre que exista um terceiro legal ou contratualmente responsável, seja ele uma entidade seguradora ou um agente, enquanto responsável pelo facto danoso;

⁹ Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/circulares/Circular_Informativa/2005/Circular_Informativa_1_2005.pdf.

- (ii) Sendo que a responsabilidade do terceiro legal ou contratualmente responsável advém naturalmente da própria existência de uma norma legal ou contrato e não devido a qualquer tipo de culpa ou responsabilidade do assistido;
- (iii) Caso não existam terceiros responsáveis pelo facto que gerou a necessidade de recurso à prestação de cuidados de saúde, sobre os utentes beneficiários do SNS (assistidos) não impende qualquer obrigação legal de pagamento dos cuidados de saúde que lhe sejam prestados num hospital do SNS, mesmo que a razão da necessidade de tais cuidados tenha sido imputável à própria conduta do assistido (isto porque, o assistido não pode, nem deve, enquanto utente e beneficiário do SNS, suportar os custos da prestação dos cuidados que lhe tenham sido ministrados).

107. Assim, da leitura da referida Circular era possível concluir que os hospitais do SNS têm direito a ser ressarcidos dos custos ou encargos com a prestação de cuidados de saúde aos utentes (assistidos) sempre que exista um terceiro legal ou contratualmente responsável, seja ele uma entidade seguradora ou um agente, enquanto responsável pelo facto danoso.

108. No entanto, ficava igualmente claro que, caso não se revelasse possível identificar os terceiros responsáveis pelo facto que gerou a necessidade de recurso à prestação de cuidados de saúde, sobre os utentes beneficiários do SNS (assistidos) não impedia qualquer obrigação legal de pagamento dos cuidados de saúde que lhe foram prestados em hospital do SNS, mesmo que a razão da necessidade de tais cuidados tenha sido imputável à própria conduta do assistido;

109. Isto porque o assistido não pode, nem deve, enquanto utente e beneficiário do SNS, suportar os custos da prestação dos cuidados que lhe tenham sido ministrados.

110. Mais recentemente, a ACSS emitiu a Circular Informativa n.º 10/2020/ACSS¹⁰, de 18 de setembro, que clarifica o quadro legal em vigor nesta matéria, esclarecendo, nomeadamente, o seguinte:

“O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, na sua redação atual, regula o regime jurídico das taxas moderadoras devidas pela realização das prestações de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

De acordo com o regime em vigor, os Estabelecimentos e Serviços do SNS encontram-se sujeitos à observância das regras contidas na Lei de Bases da Saúde e no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, bem como no Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, pelo que podem cobrar as respetivas taxas moderadoras aos utentes que acedam às prestações de saúde no quadro do SNS.

No entanto, cabe aos estabelecimentos e serviços do SNS, no momento da prestação de cuidados de saúde verificar sobre quem impende a responsabilidade financeira, designadamente se ao SNS ou ao terceiro pagador.

Entende-se por “terceiro responsável” alguém exterior à relação estabelecida entre o prestador de cuidados de saúde e o assistido, dependendo a imputação da responsabilidade apenas da existência de uma norma legal ou contrato.

*Se **a responsabilidade financeira pertencer ao SNS**, aos utentes será exigível o pagamento das taxas moderadoras, a não ser que delas estejam isentos ou dispensados, nos termos legais.*

*Nas **situações em que existe um terceiro responsável, legal ou contratual**, nomeadamente em casos de agressão, acidente de trabalho, desportivo ou de viação, não haverá lugar ao pagamento de taxas moderadoras pelos utentes assistidos.” (negrito e sublinhado nosso).*

¹⁰ Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/Circular_Informativa_10_2020.pdf.

111. As regras a aplicar pelos hospitais do SNS, na identificação dos utentes e terceiros pagadores, constaram, ainda, das Circulares Normativas da ACSS n.º 11/2011/UOFC¹¹, de 7 de abril, n.º 33/2012/CD, de 19 de julho, n.º 9/2013/DPS¹², de 5 de março, n.º 13/2014/DPS/ACSS¹³, de 6 de fevereiro, n.º 16/2016/DPS/ACSS, de 1 de julho¹⁴, n.º 19/2017/DPS/ACSS¹⁵, de 7 de agosto, n.º 8/2018/DPS/ACSS¹⁶, de 1 de junho, n.º 15/2019/DPS/ACSS¹⁷, de 7 de novembro, n.º 3/2021/DPS/ACSS¹⁸, de 26 de fevereiro, n.º 15/2022/ACSS¹⁹, de 27 de setembro, n.º 7/2023/ACSS, de 3 de abril²⁰ e, mais recentemente, da Circular Normativa n.º 9/2025, de 4 de fevereiro²¹.
112. Sendo certo que, à data dos factos em análise nos autos, era a Circular Normativa n.º 9/2025, de 4 de fevereiro, que estabelecia as condições e procedimentos de monitorização das prestações de saúde realizadas no Serviço Nacional de Saúde e procedimentos de faturação a realizar pelas Instituições Hospitalares ao abrigo dos Contratos-Programa 2024 e 2025²².
113. E a aludida Circular clarifica, para além do mais, o seguinte:

11	Disponível	em	https://www.acss.min-saude.pt/circulares/Circular_Normativa/2011/Circular_Normativa_11_2011.pdf .
12	Disponível	em	https://www.acss.min-saude.pt/circulares/Circular_Normativa/2013/Circular_Normativa_9_2013.pdf .
13	Disponível	em	https://www.acss.min-saude.pt/circulares/Circular_Normativa/2014/Circular_Normativa_13_2014.pdf .
14	Disponível	em	https://www.acss.min-saude.pt/circulares/Circular_Normativa/2016/Circular_Normativa_16_2016.pdf .
15	Disponível	em	https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Circular_Normativa_192017_DPS_ACSS.pdf .
16	Disponível	em	https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/07/Circular_Normativa_8_2018.pdf .
17	Disponível	em	https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/Circular-Normativa_15_2019_DPS_ACSS.pdf .
18	Disponível	em	https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/03/Circular_Normativa_3_2021.pdf .
19	Disponível	em	https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/10/Circular_Normativa_15_2022.pdf .
20	Disponível	em	https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Circular-Normativa-7_230403.pdf .
21	Disponível	em	https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Circular-Normativa-7_230403.pdf .

²² Vide a este respeito, o Contrato-Programa celebrado com a ULSRA para o triénio 2024-2026, disponível <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Contrato-Programa-2024-2026-ULS-Regiao-de-Aveiro-EPE.pdf>.

- (i) *“Só são objeto de monitorização no âmbito do Contrato-programa, os cuidados de saúde prestados a utentes beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos termos da Base XXV, da Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro e sempre que não exista terceiro legal ou contratualmente responsável pelos cuidados prestados”;*
- (ii) *“[A]s instituições hospitalares devem identificar os utentes que usufruíram de cuidados através do respetivo número nacional de utente do SNS”;*
- (iii) *“Se, nos termos da alínea b) da Base XXXIII da Lei de Bases da Saúde, da alínea c) do n.º 1 do artigo 23.º e do n.º 6 do artigo 25.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, existir um terceiro legal ou contratualmente responsável (nomeadamente, subsistemas de saúde não integrados no Contrato-programa, seguradoras, assim como situações de terceiro autor de agressão, acidentes ou outro facto gerador de responsabilidade civil) os serviços devem ainda registar as circunstâncias de facto (tempo, modo e lugar) que geram a responsabilidade, os dados respeitantes ao terceiro (nome completo, número de identificação civil, data de nascimento, naturalidade, filiação, residência, número de telefone de contacto), incluindo também apólice de seguro ou matrícula do veículo, quando for o caso”;*
- (iv) *“A não identificação dos utentes não pode, em caso algum, determinar a recusa de prestações de saúde”;*
- (v) *“Caso o utente não se apresente devidamente identificado nas instituições e serviços prestadores ou não indique terceiro, legal ou contratualmente responsável e não faça prova, nos 10 dias seguintes à interpelação para pagamento dos encargos com os cuidados de saúde prestados, de que possui ou requereu a atribuição de número nacional de utente do Serviço Nacional de Saúde com as condição de registo atualizado, será responsável*

pelos pagamentos dos encargos decorrentes da assistência prestada, devendo a faturação ser emitida em seu nome.”

(cfr. n.º 1, do ponto XIII. Faturação - pág. 29 de 35).

114. De tudo quanto exposto resulta, então, que, face ao quadro legal em vigor, e ademais já sufragado pelo juízo de constitucionalidade do Tribunal Constitucional²³, apenas é admissível fazer repercutir sobre os utentes os encargos diretos decorrentes dos cuidados de saúde, nos casos em que estes não se apresentem perante os estabelecimentos do SNS devidamente identificados como beneficiários do SNS ou não indiquem terceiro, legal ou contratualmente responsável;
115. E, cumulativamente com uma dessas situações, não façam prova “*nos 10 dias seguintes à interpelação para pagamento dos encargos com os cuidados de saúde prestados, de que é titular ou requereu a emissão do cartão de identificação de utente do Serviço Nacional de Saúde*”.
116. Daqui resulta que aos utentes beneficiários do SNS, que façam prova dessa qualidade, nunca lhes poderá ser exigível o pagamento dos encargos diretos decorrentes da prestação dos cuidados de saúde, mesmo naquelas situações em haja um terceiro legal ou contratualmente responsável;
117. Ou seja, naquelas situações de recurso a cuidados de saúde na sequência de agressões ou de um acidente de viação, trabalho, desportivo, entre outros, ao assistido nunca poderão ser imputados os encargos diretos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, mesmo que não seja possível identificar o agressor ou a entidade seguradora responsável, ou esta última não assuma a responsabilidade;

²³ Recorde-se que, o Tribunal Constitucional, no seu Acórdão n.º 221/2009, de 5 de maio, decidiu, com força obrigatória geral, não declarar a inconstitucionalidade do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, na redação dada pelo artigo único do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, quando interpretado no sentido de obrigar ao pagamento dos serviços prestados apenas pelo facto de o utente não ter cumprido o ónus de demonstração de titularidade do cartão de utente no prazo de dez dias subsequentes à interpelação para pagamento dos encargos com os cuidados de saúde.

118. Apenas lhe sendo exigível que faça prova de que é beneficiário do SNS e de que procurou fornecer todos os elementos que permitam a identificação do terceiro legal ou contratualmente responsável.
119. Reitere-se, no entanto, que se o utente não se identificar cabalmente, nos termos legalmente previstos, de que é beneficiário do SNS, será considerado como utente não beneficiário do SNS, e como tal deverá suportar o pagamento dos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, conforme resulta, desde logo, da alínea a) do n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS.
120. Ademais, e de acordo com o Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 5007/2013, de 12 de abril²⁴, no âmbito de um projeto-piloto de cedência de informação aos utentes, relativamente aos custos incorridos em cada episódio de urgência nos hospitais do SNS, foi determinado que “[a]s instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) disponibilizam a informação de custos incorridos com todas as prestações de saúde realizadas ao utente de acordo com a tabela de preços do SNS, preferencialmente e sempre que possível por via electrónica”;
121. Embora ali também se preveja que tal informação não deva ser prestada em situações de “[p]restações de saúde realizadas ao utente, cujos encargos não sejam suportados pelo orçamento do SNS” (sublinhado nosso);
122. O que significa que naquelas situações em que exista um terceiro legal ou contratualmente responsável pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, aos utentes assistidos não deve ser disponibilizada a informação sobre tais encargos.
123. Uma breve nota quanto ao regime de cobrança de créditos hospitalares do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 218/99, de 15 de junho²⁵, que prevê que as entidades terceiras legal ou contratualmente responsáveis pelos encargos

²⁴ Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5007-2013-1412195>.

²⁵ A Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro (Orçamento de Estado para 2012) veio introduzir alterações no regime de cobrança de dívidas relativas a prestações de saúde a terceiros responsáveis, que havia sido inicialmente aprovado pelo Decreto-lei n.º 218/99, de 15 de junho.

decorrentes da prestação de cuidados de saúde, “*podem ser directamente demandadas pelas instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde*” (cfr. n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-lei n.º 218/99, de 15 de junho);

124. Devendo os utentes (assistidos) “*indicar a existência de apólice de seguro válida e eficaz que cubra os cuidados de saúde prestados.*” (cfr. n.º 2 do artigo 4.º do referido diploma).

125. Mais se encontrando estabelecido, em tal diploma, que “[a]s *instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde podem constituir-se partes civis em processo penal relativo a facto que tenha dado origem à prestação de cuidados de saúde, para dedução de pedido de pagamento das respectivas despesas.*” (cfr. n.º 1 do artigo 6.º do referido diploma).

IV. ANÁLISE DA SITUAÇÃO CONCRETA

126. Da análise das informações e da documentação trazida ao conhecimento da ERS no âmbito dos presentes autos de inquérito, foi possível apurar a seguinte factualidade:

- i. No dia **8 de fevereiro de 2025**, cerca das 17h00m, o utente SA, beneficiário do SNS, foi admitido no Serviço de Urgência do Hospital Infante D. Pedro – que integra a ULSRA –, na sequência de uma “*queda de moto*”, tendo o episódio sido registado como **acidente de viação**;
- ii. Na sequência do aludido acidente de viação, foi determinado o internamento do utente para realização de cirurgia ao cotovelo, a qual se veio a realizar no dia 15 de fevereiro de 2025, pelo Dr. AB e pelo Dr. AFS, tendo o utente obtido alta médica no dia 19 de fevereiro de 2025;
- iii. Posteriormente, o utente foi sujeito a diversas reavaliações médicas;
- iv. Nesse âmbito, o utente veio a ser admitido no Serviço de Urgência do Hospital Infante D. Pedro, nos dias 19 de março de 2025, 27 de março de 2025, 28 de março de 2025, 10 de abril de 2025, 14 de junho de 2025, 16 de junho de 2025, 27 de junho de 2025 e 2 de julho de 2025,

quer por indicação expressa de profissionais ao serviço e sob as ordens da ULSRA, quer por referenciação do SNS 24;

- v. Ainda na sequência do aludido acidente de viação, o utente SA foi sujeito a novas intervenções cirúrgicas nos dias 28 de março de 2025, 11 de abril de 2025, 18 de junho de 2025 e 2 de julho de 2025;

Sucede que,

- vi. No dia 5 de março de 2025, a ULSRA remeteu ao utente SA um formulário para identificação do terceiro responsável pelo acidente de viação de 8 de fevereiro de 2025 e respetivo internamento:

Exmo(a) Sr(a):

Emittido em 05/03/2025

Servico de Pre-Faturacao

Exmo(a) Sr(a)

1.Solicita-se a V.Exa que nos devolva este questionario devidamente preenchido, no prazo de dez dias uteis.
2.O nao cumprimento do exposto no numero anterior,implicara a responsabilizacao do proprio.
3.O nao cumprimento do exposto no ponto 1 ou no ponto 2 implicara o recurso a instancia judicial competente.

Processo:
Urgencia: Acidente De Viacao +, Ρι ΓΕΛΛΑΝΕ ΒΕ ΓΕ
08/02/2025

Unidade Local de Saude
Responsavel pelo acidente: _____
Residencia: _____
Comp.Seguros: _____ Apolice: _____
(Junte fotocopia da participacao se possivel)

Nome do Segurado: _____
Assinatura de quem preenche: _____

Enviar para: faturacao.sf@chbv.min-saude.pt

- vii. Dessa forma, o utente SA procedeu ao preenchimento do referido formulário, tendo-o remetido à ULSRA através de mensagem de correio eletrónico de 13 de março de 2025, identificando, expressamente, a Companhia de Seguros “UNA Seguros”, entre os demais dados aí solicitados:



Exmo(a) Sr(a):



Emitido em 05/03/2025

Serviço de Pre-Facturação

Exmo(a) Sr(a)

1. Solicita-se a V.Exa que nos devolva este questionário devidamente preenchido, no prazo de dez dias úteis.
2. O não cumprimento do exposto no número anterior, implicará a responsabilização do próprio.
3. O não cumprimento do exposto no ponto 1 ou no ponto 2 implicará o recurso a instância judicial competente.

I Instância | nível | Assinatura | Admissão

Processo: [REDACTED]

Urgência: [REDACTED]

08/02/2025

Acidente De Viacao + INTERVENÇÃO

Responsável pelo acidente: [REDACTED]

Residência: [REDACTED]

Comp.Seguros: *UNA SEGUROS* Apolice: [REDACTED]

(junte fotocópia da participação se possível)

SEM PARTICIPAÇÃO (SEM COSEGURA)

Nome do Segurado: [REDACTED]

Assinatura de quem preenche: [REDACTED]

Enviar para: faturacao.sf@chbv.min-saude.pt

- viii. No entanto, e pese embora a expressa identificação do terceiro legal ou contratualmente responsável pelo acidente de viação de dia 8 de fevereiro de 2025, no dia 21 de março de 2025 a ULSRA contactou telefonicamente o utente SA, informando-o que o “seguro não era válido” e que alguém teria de “pagar” as despesas inerentes ao aludido acidente, tendo o utente, nessa senda, solicitado “informação sobre o valor das despesas” em causa;
- ix. Assim, em **21 de março de 2025**, os Serviços Financeiros da ULSRA remeteram ao utente SA, via correio eletrónico, uma Simulação de Fatura emitida na mesma data, em nome do utente, no valor total de **1.723,71 EUR**:



SIMULACAO DE FATURA

Unidade Local De Saúde Região De Aveiro
Av. Artur Ravara
Aveiro
3810- - 501 - Aveiro
Contribuinte No: 510123210
Matrícula: Registada na CRC de Aveiro
Cap.Social: 106.000.000 Euros

Pág: 001/001
Data Emissão: 21/03/2025

Cliente No: 000 [REDACTED]

Exmo Sr.(a): [REDACTED]

Contribuinte No: 0
Causa :Sem causa
Doente:[REDACTED]

Consulta Externa; Radiologia; Internamento;

Urgencia

Episódio	Data	Designação	Qt.	Preço Unit.	Valor
[REDACTED]	19/03/2025	To Articular, Cada Articulação	1	70,90	70,90
[REDACTED]	25/02/2025	Consulta Subsequente	1	31,00	31,00
[REDACTED]	11/03/2025	Penso Simples	1	4,70	4,70
[REDACTED]	25/02/2025	Penso Simples	1	4,70	4,70
[REDACTED]	11/03/2025	Consulta Subsequente	1	31,00	31,00
[REDACTED]	11/03/2025	Extração De Pontos, Incluindo Penso Simples	1	7,00	7,00
[REDACTED]	11/03/2025	Cotovelo, Duas Incidências	1	3,50	3,50
[REDACTED]	25/02/2025	Penso Simples	1	4,70	4,70
[REDACTED]	08/02/2025	Procedimentos No Ombro, Braço E/Ou Antebraço	1	1.476,80	1.476,80
[REDACTED]	9/03/2025	Episodio De Urgencia	1	85,91	85,91
[REDACTED]	9/03/2025	Cotovelo, Duas Incidências	1	3,50	3,50

Mil, setecentos e vinte e tres euros e setenta e um centimos|

EUR

1.723,71

- x. Posteriormente, mais precisamente no dia **28 de março de 2025**, a ULSRA remeteu ao utente SA um ofício com um novo formulário para identificação do terceiro responsável pelo acidente de viação, que expressamente advertia o utente de que “**o não cumprimento do exposto no número anterior**” (i.e. a devolução do questionário devidamente preenchido no prazo de 10 dias úteis), “**implicará a responsabilização do próprio**”²⁶, acompanhado de uma **Simulação de Fatura**, emitida na mesma data, em nome do utente, com a discriminação dos custos dos cuidados de saúde prestados em 27 de março de 2025, na sequência do sobredito acidente de viação, desta feita no valor total de **107,01 EUR**:

²⁶ Negrito e sublinhado nosso.



Exmo(a) Sr(a):



Emitido em 28/03/2025

Servico de Pre-Faturacao

Exmo(a) Sr(a)

- 1.Solicita-se a V.Exa que nos devolva este questionario devidamente preen chido, no prazo de dez dias uteis.
- 2.O nao cumprimento do exposto no numero anterior, implicara a responsabilizacao do proprio.
- 3.O nao cumprimento do exposto no ponto 1 ou no ponto 2 implicara o recurso a instancia judicial competente.

Unidade Local de Saude da Regiao de Aveiro

Processo: [redacted]

Urgencia: [redacted]

27/03/2025

Acidente De Viacao

Responsavel pelo acidente: _____

Residencia: _____

Comp.Seguros: _____ Apolice: _____

(Junta fotocopia da participacao se possivel)

Nome do Segurado: _____

Assinatura de quem preenche: _____

Enviar para: faturacao.sf@chbv.min-saude.pt



SIMULACAO DE FATURA

Unidade Local De Saúde Região De Aveiro
Av. Artur Ravara
Aveiro
3810- - 501 - Aveiro
Contribuinte No: 510123210
Matrícula: Registada na CRC de Aveiro
Cap.Social: 106.000.000 Euros
Cliente No: 0009999

Pág: 001/001
Data Emissão: 28/03/2025

Exmo Sr.(a):
[Redacted]

Contribuinte No: 0
Causa :Acidente De Viacao
Doente: [Redacted]

Radiologia; Laboratorio; Urgencia

Episódio	Data	Designação	Qt.	Preço Unit.	Valor
[Redacted]	27/03/2025	Ureia, S/U	1	1,30	1,30
[Redacted]	27/03/2025	Episodio De Urgencia	1	85,91	85,91
[Redacted]	27/03/2025	Ionograma (Na, K, Cl), S/U	1	1,50	1,50
[Redacted]	27/03/2025	Creatinina, S/U	1	1,20	1,20
[Redacted]	27/03/2025	Tempo De Protrombina (Tp, Quick, Inr)	1	2,90	2,90
[Redacted]	27/03/2025	Hemograma Com Fórmula Leucocitária (Eritrograma, Contagem De Leucócitos, Contagem De Plaqu	1	4,70	4,70
[Redacted]	27/03/2025	Tempo De Tromboplastina Parcial Ativado (Aptt) (Tempo De Cefalina-Activador), S	1	3,00	3,00
[Redacted]	27/03/2025	Ecg Simples De 12 Derivações	1	6,50	6,50

Cento e sete euros e um centimos

EUR 107,01

NOTA: Indicar sempre o caso N.º factura

- xi. Após receção do(s) aludido(s) formulário(s) e simulação(ões), o utente SA formalizou, junto da ULSRA, em 6 de abril de 2025, a reclamação melhor transcrita sob o § 9;
- xii. Já no dia 8 de julho de 2025, o utente SA solicitou um ponto de situação junto da ULSRA, tendo obtido, no mesmo dia, a indicação, por parte dos Serviços Financeiros do prestador, de que “*para qualquer acidente, deverá existir uma participação ao seguro para que o mesmo liquide as despesas. Ao dia de hoje, as despesas hospitalares são as que seguem em anexo., que pode enviar para o a companhia*”;

- iii. A aludida resposta foi acompanhada do envio de uma **nova Simulação de Fatura**, emitida em nome do utente, datada de **8 de julho de 2025**, desta vez no valor total de **5.541,17 EUR**:

SIMULACAO DE FATURA

Unidade Local De Saúde Região De Aveiro
 Av. Artur Ravara
 Aveiro
 3810- - 501 - Aveiro
 Contribuinte No: 510123210
 Matrícula: Registada na CRC de Aveiro
 Cap.Social: 106.000.000 Euros

Pág: 001/ 003
 Data Emissão: 08/07/2025

Exmo Sr.(a):

Cliente No: 00 [REDACTED]

Contribuinte No: 0
 Causa :Sem causa
 Doente [REDACTED]

Consulta Externa; Radiologia; Laboratorio;
 Internamento; Urgencia

Episódio	Data	Designação	Qt.	Preço Unit.	Valor
[REDACTED]	25/02/2025	Penso Simples	1	4,70	4,70
[REDACTED]	10/04/2025	Procedimentos No Ombro, Braço E/Ou Antebraço	1	1.476,80	1.476,80
[REDACTED]	19/03/2025	Cotovelo, Duas Incidências	1	3,50	3,50
[REDACTED]	19/03/2025	Episodio De Urgencia	1	85,91	85,91
[REDACTED]	27/03/2025	Ecg Simples De 12 Derivações	1	6,50	6,50
[REDACTED]	25/02/2025	Penso Simples	1	4,70	4,70
[REDACTED]	11/03/2025	Consulta Subsequente	1	31,00	31,00
[REDACTED]	27/03/2025	Episodio De Urgencia	1	85,91	85,91
[REDACTED]	27/03/2025	Ureia, S/U	1	1,30	1,30
[REDACTED]	27/03/2025	Tempo De Tromboplastina Parcial Ativado (Aptt) (Tempo De Cefalina-Activador), S	1	3,00	3,00
[REDACTED]	25/02/2025	Consulta Subsequente	1	31,00	31,00
[REDACTED]	11/03/2025	Cotovelo, Duas Incidências	1	3,50	3,50
[REDACTED]	27/03/2025	Ionograma (Na, K, Cl), S/U	1	1,50	1,50
[REDACTED]	27/03/2025	Creatinina, S/U	1	1,20	1,20
[REDACTED]	11/03/2025	Penso Simples	1	4,70	4,70
[REDACTED]	29/05/2025	Consulta Subsequente	1	31,00	31,00
[REDACTED]	28/03/2025	Procedimentos Em Bo Por Outras	1	1.957,33	1.957,33
A transportar				EUR	3.733,55



Consulta Externa; Radiologia; Laboratório;					
Estado	Data	Designação	Qt.	Preço Unit.	Valor
				Transporte	3.733,55
	27/03/2025	Hemograma Com Fórmula Leucocitária (Eritrograma, Contagem De Leucócitos, Contagem De Plaqu	1	4,70	4,70
	27/06/2025	Episodio De Urgencia	1	85,91	85,91
	27/06/2025	Ionograma (Na, K, Cl), S/U	1	1,50	1,50
	27/06/2025	Hemograma Com Fórmula Leucocitária (Eritrograma, Contagem De Leucócitos, Contagem De Plaqu	1	4,70	4,70
	27/06/2025	Cotovelo, Duas Incidências	1	3,50	3,50
	08/05/2025	Consulta Subsequente	1	31,00	31,00
	08/02/2025	Procedimentos No Ombro, Braço E/Ou Antebraço	1	1.476,80	1.476,80
	19/03/2025	Tc Articular, Cada Articulação	1	70,90	70,90
	14/06/2025	Episodio De Urgencia	1	85,91	85,91
	27/06/2025	Proteína C Reativa Ultra Sensível, S	1	7,40	7,40
	27/06/2025	Ureia, S/U	1	1,30	1,30
	27/06/2025	Tempo De Tromboplastina Parcial Ativado (Aptt) (Tempo De Cefalina-Activador), S	1	3,00	3,00
	08/05/2025	Penso A Lesão Aberta Sem Infeção	1	15,90	15,90
A transportar				EUR	5.526,07

Consulta Externa; Radiologia; Laboratório;					
Estado	Data	Designação	Qt.	Preço Unit.	Valor
				Transporte	5.526,07
	27/03/2025	Tempo De Protrombina (Tp, Quick, Inr)	1	2,90	2,90
	27/06/2025	Glucose, Doseamento, S/U/L	1	1,10	1,10
	27/06/2025	Creatinina, S/U	1	1,20	1,20
	27/06/2025	Tempo De Protrombina (Tp, Quick, Inr)	1	2,90	2,90
	11/03/2025	Extração De Pontos, Incluindo Penso Simples	1	7,00	7,00
Cinco mil, quinhentos e quarenta e um euros e dezassete centimos				EUR	5.541,17

- xiii. Já no dia **31 de julho de 2025**, a ULSRA remeteu ao utente SA um novo ofício com o formulário para identificação do terceiro responsável pelo acidente de viação, que igualmente advertia o utente de que “**o não cumprimento do exposto no número anterior**” (i.e. a devolução do questionário devidamente preenchido no prazo de 10 dias úteis),



“implicará a responsabilização do próprio”²⁷, acompanhado de uma nova **Simulação de Fatura**, emitida na mesma data, em nome do utente SA, com a discriminação dos custos dos cuidados de saúde prestados em 28 de março de 2025 (internamento), relacionados com o sobredito acidente de viação, desta feita no valor total de **1.957,33 EUR**:

Exmo(a) Sr(a):



Emitido em 31/07/2025

Serviço de Pre-Facturacao

Exmo(a) Sr(a)

- 1. Solicita-se a V.Exa que nos devolva este questionário devidamente preenchido, no prazo de dez dias uteis.
- 2. O não cumprimento do exposto no número anterior, implicará a responsabilização do próprio.
- 3. O não cumprimento do exposto no ponto 1 ou no ponto 2 implicará o recurso a Instancia Judicial competente.

Unidade Local de Saúde

Processo: [Redacted] [Redacted]
 Internamento: [Redacted] **Acidente De Viacao**
 28/03/2025

Responsavel pelo acidente: _____

Residencia: _____

Comp.Seguros: _____ Apolice: _____

(Junte fotocopia da participacao se possivel)

Nome do Segurado: _____

Assinatura de quem preenche: _____

Enviar para: faturacao.sf@chbv.min-saude.pt

²⁷ Negrito e sublinhado nosso.



SIMULACAO DE FATURA

Unidade Local De Saúde Região De Aveiro
Av. Artur Ravara
Aveiro
3810- - 501 - Aveiro
Contribuinte No: 510123210
Matrícula: Registada na CRC de Aveiro
Cap.Social: 106.000.000 Euros
Cliente No: 000 [REDACTED]

Pág: 001/ 001
Data Emissão: 31/07/2025

Exmo Sr.(a): [REDACTED]

Contribuinte No: 0

Doente: [REDACTED]

Internamento

Eplédo	Data	Designação	Qt.	Preço Unit.	Valor
[REDACTED]	28/03/2025	Procedimentos Em Bo Por Outras Complicações Do Tratamento	1	1.957,33	1.957,33

Mil, novecentos e cinquenta e sete euros e trinta e três centimos

EUR 1.957,33

- xiv. Ainda na mesma data (*i.e.* **31 de julho de 2025**), a ULSRA remeteu ao utente SA um novo ofício com o formulário para identificação do terceiro responsável pelo acidente de viação, que expressamente advertia o utente de que “**o não cumprimento do exposto no número anterior**” (*i.e.* a devolução do questionário devidamente preenchido no prazo de 10 dias úteis), “**implicará a responsabilização do próprio**”²⁸, acompanhado de uma **nova Simulação de Fatura**, emitida na mesma data, em nome do utente SA, com a **discriminação dos custos dos cuidados de saúde prestados em 10 de abril de 2025 (internamento)**, relacionados com o sobredito acidente de viação, desta vez no valor total de **1.476,80 EUR**:

²⁸ Negrito e sublinhado nosso.



Exmo(a) Sr(a):



Emitido em 31/07/2025

Servico de Pre-Facturacao

Exmo(a) Sr(a)

- 1.Solicita-se a V.Exa que nos devolva este questionario devidamente preenchido, no prazo de dez dias uteis.
- 2.O nao cumprimento do exposto no numero anterior,implicara a responsabilizacao do proprio.
- 3.O nao cumprimento do exposto no ponto 1 ou no ponto 2 implicara o recurso a instancia judicial competente.

Unidade Local de Saude Região de Aveiro

Processo: [redacted] [redacted]
 Internamento: [redacted] Acidente De Viacao
 10/04/2025

Responsavel pelo acidente: _____

Residencia: _____

Comp.Seguros: _____ Apolice: _____

(Junte fotocopia da participacao se possivel)

Nome do Segurado: _____

Assinatura de quem preenche: _____

Enviar para: faturacao.sf@chbv.mln-saude.pt



SIMULACAO DE FATURA

Unidade Local De Saúde Região De Aveiro
Av. Artur Ravara
Aveiro
3810- - 501 - Aveiro
Contribuinte No: 510123210
Matricula: Registada na CRC de Aveiro
Cap.Socia: 106.000.000 Euros
Cliente No: 00 [REDACTED]

Pág: 001/001
Data Emissão: 31/07/2025

Exmo Sr.(a):
[REDACTED]

Contribuinte No: 0
Doente: [REDACTED]

Internamento

Epléólio	Data	Designação	Qt.	Preço Unit.	Valor
[REDACTED]	10/04/2025	Procedimentos No Ombro, Braço E/Ou Antebraço	1	1.476,80	1.476,80

Mil, quatrocentos e setenta e seis euros e oitenta centimos

EUR 1.476,80

- xv. Apenas em 29 de setembro de 2025, e já **após a notificação de abertura dos presentes autos de inquérito**, a ULSRA informou o utente da inexistência de valores em dívida relativos ao acidente de viação de 8 de fevereiro de 2025:

ASSUNTO: Esclarecimento complementar – Processo de faturação de episódios de urgência

Na sequência da sua exposição e da carta enviada por esta Unidade Local de Saúde em 15/07/2025, vimos pelo presente prestar esclarecimento adicional relativamente ao processo de faturação dos episódios de urgência associados ao acidente de viação que sofreu.

Após nova análise da situação, em articulação com os Serviços Financeiros, foi verificado que:

A informação inicialmente transmitida carece de correção. Apesar de se tratar de um acidente de viação, **não existe qualquer valor a pagar por parte de V. Ex.ª** relativamente aos cuidados de saúde prestados, uma vez que, nos termos apurados, o seguro apresentado não contempla cobertura de despesas próprias (apenas de terceiros).

Importa referir que **não foi efetuada qualquer cobrança de taxas moderadoras** relativamente aos episódios em causa, encontrando-se os mesmos **isentos** e devidamente registados no sistema informático.

Lamentamos a comunicação inicial, que se revelou insuficiente para refletir com exatidão a realidade apurada, e apresentamos as nossas sinceras desculpas por quaisquer preocupações que a mesma possa ter causado.

Reiteramos a nossa total disponibilidade para qualquer esclarecimento adicional e para apoio em eventuais trâmites que se revelem necessários.

127. Feito este enquadramento fático, importa recordar que, de acordo com o quadro legal vigente e extensamente aprofundado pela ERS no capítulo precedente, os hospitais do SNS têm direito a ser ressarcidos dos custos ou encargos com a prestação de cuidados de saúde aos utentes (assistidos) sempre que exista um terceiro legal ou contratualmente responsável, seja ele uma entidade seguradora ou um agente, enquanto responsável pelo facto danoso;
128. No entanto, mesmo nas situações em que não se revele possível identificar o terceiro responsável pelo facto que gerou a necessidade de recurso à prestação de cuidados de saúde, sobre o **assistido (beneficiário devidamente identificado do SNS)** não impende qualquer obrigação legal de pagamento dos cuidados de saúde que lhe foram prestados em estabelecimentos hospitalares do SNS, mesmo que a razão da necessidade de tais cuidados lhe seja diretamente imputável;
129. Isto porque o assistido não pode, nem deve, enquanto utente e beneficiário do SNS, suportar os custos da prestação dos cuidados que lhe tenham sido ministrados.

130. Ou seja, nas situações de recurso a cuidados de saúde na sequência de agressões ou de acidente de viação, trabalho, desportivo ou outro, aos **utentes beneficiários do SNS**, que façam prova dessa qualidade (designadamente pela disponibilização do número de utente) **nunca poderá ser exigido o pagamento dos encargos diretos decorrentes da prestação dos cuidados de saúde**, mesmo que não seja possível identificar o agressor ou a entidade seguradora responsável, ou esta última não assuma a responsabilidade;
131. Desde logo porque, nas situações em que existe um terceiro, legal ou contratualmente, responsável pelo encargo (nomeadamente, subsistemas de saúde, seguradoras, assim como situações de terceiro autor de agressão, acidentes ou outro facto gerador de responsabilidade civil), **é sobre esse terceiro que recai a responsabilidade financeira** (e não sobre o SNS), a quem será exigido o pagamento do valor total das prestações de saúde realizadas, conforme a Tabela de Preços do SNS vigente a cada momento, e atualmente prevista na Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho.
132. Ao que acresce que os utentes apenas serão responsáveis pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde quando (i) não se encontrem devidamente identificados nos termos previstos no Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril ou (ii) não indiquem terceiro, legal ou contratualmente, responsável;
133. E, nessas duas hipóteses, será ainda necessário que os utentes (iii) não tenham feito prova, nos 10 dias seguintes à interpelação para pagamento dos encargos com os cuidados de saúde prestados, de que são titulares ou requereram a emissão do cartão de identificação de utente do Serviço Nacional de Saúde.
134. Isto significa que, numa situação de recurso a cuidados de saúde na sequência de um acidente de viação – como no caso do utente SA –, ao assistido (utente beneficiário do SNS) nunca poderão ser imputados os encargos diretos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, mesmo que não seja possível identificar a entidade seguradora responsável ou esta última não assuma a responsabilidade;

135. Apenas sendo exigível que o utente faça prova de que é beneficiário do SNS e de que procurou fornecer todos os elementos que permitam a identificação do terceiro legal ou contratualmente responsável.
136. Sendo certo que, *in casu*, o utente SA se encontrava, *ab initio*, devidamente identificado como utente do SNS, tendo ademais procedido, logo no dia 13 de março de 2025, à expressa identificação do terceiro legal ou contratualmente responsável, razão pela qual **nunca seria admissível ao prestador enviar um qualquer documento com a informação dos custos incorridos com as prestações de saúde realizadas**, de acordo com a tabela de preços do SNS, previstos na Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho;
137. Precisamente porque a remessa, aos utentes, de simulações de faturas ou quaisquer outros documentos com a informação sobre os custos reais associados à prestação dos cuidados de saúde, é suscetível de induzi-los na errada convicção sobre a necessidade de ter de ser o próprio a suportá-los, em violação das disposições conjugadas do n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS, do n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, na redação conferida pelo Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, da alínea b) do n.º 2 do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 5007/2013, de 12 de abril, do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, na sua atual redação e da Circular Normativa n.º 9/2025, de 4 de fevereiro;
138. E ainda que se entendesse que tais simulações se tratariam de documentos meramente informativos – o que, ressalve-se, não se concede face ao quadro legal aplicável –, ainda assim, tal circunstância não afastaria a sua aptidão objetiva para induzir o utente, beneficiário do SNS, na errónea convicção de que poderá vir a ser responsável pelo pagamento dos encargos associados aos cuidados de saúde prestados, **sobretudo quando tal documento contém a quantificação concreta dos custos segundo a tabela de preços do SNS e é acompanhado de um ofício que expressamente adverte o utente de que “o não cumprimento do exposto no número anterior”** (i.e.

a devolução do questionário devidamente preenchido no prazo de 10 dias úteis), “***implicará a responsabilização do próprio***”²⁹.

139. Acresce que, ainda que não fosse possível à ULSRA identificar a entidade seguradora responsável – o que, reiterar-se, não sucedeu no caso *sub judice*, porquanto a mesma foi expressamente identificada pelo utente SA em 13 de março de 2025 – ou que esta última não assumisse a responsabilidade pelo acidente em causa, tal circunstância sempre seria juridicamente irrelevante para efeitos de imputação dos encargos ao próprio utente, **não legitimando, de modo algum, o envio ao utente, beneficiário devidamente identificado do SNS, de simulações de fatura ou quaisquer outros documentos contendo a discriminação dos custos associados aos cuidados de saúde prestados;**
140. Tal envio apenas seria juridicamente admissível nos casos expressamente previstos no regime constante do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, na redação conferida pelo Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, o que manifestamente não se verificou no caso em apreço, uma vez que o utente SA se encontrava, desde o primeiro momento, devidamente identificado como beneficiário do SNS, não estando preenchidos os pressupostos legais que permitam a imputação direta de encargos ao utente.
141. Não obstante, e ainda que subsistissem dúvidas a este respeito, sempre competiria à ULSRA diligenciar pela recolha e validação dos elementos necessários à identificação do terceiro responsável e, quando aplicável, promover a cobrança dos encargos diretamente junto desse terceiro, **nunca podendo tais custos ser comunicados ou apresentados como exigíveis ao próprio utente do SNS;**
142. Pois que, o envio das referidas simulações de faturas diretamente ao utente SA, sobretudo acompanhadas de ofícios com a expressa cominação de que “o não cumprimento do exposto no número anterior” (*i.e.* a devolução do questionário devidamente preenchido no prazo de 10 dias úteis), “*implicará a responsabilização do próprio*”, configura uma **indevida transferência para o**

²⁹ Negrito e sublinhado nosso.

utente do ónus da regularização financeira do episódio assistencial, ónus esse que recai exclusivamente sobre o prestador de cuidados de saúde no âmbito da relação jurídica estabelecida com terceiros legal ou contratualmente responsáveis;

143. Sendo certo nenhum procedimento interno pode legitimar a adoção de práticas contrárias ao quadro legal aplicável e sobejamente expendido no capítulo antecedente.

144. Em suma, conclui-se que o envio ao utente SA das **simulações de faturas**, datadas de **21 e 28 de março de 2025 e 8 e 31 de julho de 2025**, nos valores de **1.723,71 EUR, 107,01 EUR, 5.541,17 EUR, 1.957,33 EUR e 1.476,80 EUR, respetivamente** – emitida(s) tendo por base os valores previstos na Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, na sua atual redação – e, mais do que isso, a cominação de que “o não cumprimento do exposto no número anterior” (i.e. a devolução do questionário devidamente preenchido no prazo de 10 dias úteis), “implicará a responsabilização do próprio”, configura uma violação flagrante das disposições conjugadas do n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS, do n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho, na redação conferida pelo Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, da alínea b) do n.º 2 do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 5007/2013, de 12 de abril, do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, na sua atual redação e da Circular Normativa n.º 9/2025, de 4 de fevereiro.

Por fim,

145. Uma nota final para referir que, pese embora não se tenha apurado a efetiva cobrança ao utente SA de taxas moderadoras relativas aos episódios de urgência dos dias 19 de março de 2025, 27 de março de 2025, 28 de março de 2025, 10 de abril de 2025, 14 de junho de 2025, 16 de junho de 2025 e 27 de junho de 2025, a que o utente ocorreu por indicação expressa de profissionais ao serviço e sob as ordens da ULSRA ou por referenciação do SNS 24 – o que seria ilegal tendo em conta tudo já quanto expendido a este respeito;

146. Sempre será de censurar o entendimento inicialmente manifestado pela ULSRA junto do utente, ao referir que a *“cobrança de taxas moderadoras nos serviços de urgência do SNS ocorre sempre que não é apresentada uma referência médica válida no momento da admissão. De acordo com os registos, apenas no episódio mais recente [2 de julho de 2025] foi entregue uma carta de referência assinada pelo médico assistente. Nos episódios anteriores, não havendo registo dessa documentação, foram aplicadas as taxas previstas na legislação em vigor.”*;
147. Desde logo porque resulta dos autos que nos dias 19 de março de 2025, 27 de março de 2025, 28 de março de 2025, 10 de abril de 2025 e 16 de junho de 2025, o utente SA foi expressamente instruído por profissionais de saúde ao serviço e sob as ordens da ULSRA, para recorrer ao Serviço de Urgência a fim de ser internado e intervencionado pela valência de Ortopedia e não para a aceder, por sua própria iniciativa, a quaisquer cuidados de saúde urgentes e/ou emergentes;
148. Circunstâncias que não poderiam, de modo algum, ser oponíveis ao utente para efeitos de oneração com o pagamento de taxas moderadoras, pois que o mesmo é totalmente alheio às vicissitudes organizacionais do prestador, que não podem, naturalmente, correr em seu prejuízo.
149. Ao que acresce que, nos dias 14 de junho de 2025 e 27 de junho de 2025, o utente SA foi previamente referenciado pelo SNS 24 para o Serviço de Urgência do Hospital Infante D. Pedro;
150. Pelo que, em todos os casos enunciados, ressalve-se, não seria devido o pagamento de qualquer montante a título de taxa moderadora, tendo em conta, desde logo, a disciplina jurídica estabelecida no n.º 2 da Base 24 da LBS e no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro (na redação em vigor à data dos factos, isto é, a que resulta do Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio), que estabelece que *“a cobrança de taxas moderadoras é dispensada no atendimento em serviço de urgência nas situações em que há referência prévia pelo SNS”*.

Isto posto,

151. A ULSRA, enquanto estabelecimento prestador de cuidados de saúde integrado no SNS, encontra-se obrigada ao integral respeito pelos direitos dos utentes do SNS, designada mas não limitadamente, em matéria de proibição de cobrança de quaisquer encargos, que não aqueles previstos pelo próprio quadro do SNS, isto é, ao escrupuloso cumprimento das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados;
152. Com a sua atuação no caso *sub judice*, a ULSRA incorreu numa violação do regime legal de cobrança de taxas moderadoras e preços administrativamente fixados, daí emergindo uma violação dos interesses financeiros do utente SA, que à ERS cabe acautelar.
153. Importando garantir que, nos casos de prestação de cuidados de saúde cuja responsabilidade pelo pagamento dos cuidados seja efetivamente oponível a uma entidade terceira, a ULSRA se abstenha de adotar quaisquer comportamentos que se consubstanciem em fazer repercutir sobre os utentes do SNS, seja em que situação for, e desde que estes se tenham identificado devidamente como beneficiários do SNS, os encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde;
154. E, bem assim, que se abstenha de enviar aos utentes ofícios/ interpelações, faturas ou simulações de faturas que, de qualquer forma, possam induzi-los na errónea convicção de dever suportar os encargos aí determinados, solicitando apenas, e quando aplicável, a identificação da entidade financeira responsável pelo pagamento dos serviços prestados ou outro teor similar;
155. Pois que, só será legítimo ao prestador enviar interpelações e/ou avisos para pagamento quando o destinatário dos mesmos seja, efetivamente, a entidade responsável pela sua liquidação.
156. Nesse contexto, impõe-se que a ULSRA efetivamente reveja e adapte os procedimentos atualmente vigentes, no sentido de conformá-los ao quadro legal anteriormente enunciado.
157. Por todo o vindo de expor, considera-se necessária a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências

legalmente atribuídas à ERS, com intuito de evitar a repetição futura de situações como as verificadas nos presentes autos.

158. Acresce que, nos termos da 1.ª parte da subalínea ii) da alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, a violação de regras estabelecidas em lei ou regulamentação e que visem garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde constitui contraordenação;
159. Pelo que, paralelamente à emissão da instrução *infra* delineada, competirá à ERS instaurar o competente processo contraordenacional contra a ULSRA, nos termos e com os fundamentos que oportunamente lhe serão notificados (*cf.* n.º 2 do artigo 22.º dos Estatutos da ERS).

V. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

160. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), aplicável ex vi da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido chamados a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, a ULSRA e o reclamante SA, ambos por ofícios datados de 19 de fevereiro de 2026.
161. Nessa sequência, em 24 de fevereiro de 2026, o utente questionou a ERS sobre a possibilidade de se “*deslocar [] às instalações da ERS, no Porto, no próximo dia 02/03/2026, pelas 14H00*”, o que veio a ocorrer.
162. Na referida data, e conforme consta do memorando junto a fls. 150 dos autos, o reclamante SA compareceu na ERS, acompanhado da sua esposa AA, tendo, em suma, solicitado “*esclarecimentos relativos ao processo em curso, bem como à notificação para audiência de interessados entretanto recebida. Foram prestados os esclarecimentos solicitados, tendo sido explicadas, de forma detalhada, as diferentes fases processuais do processo de inquérito em curso, bem como o respetivo enquadramento e trâmites subsequentes.*”

Mais foi o reclamante informado que, querendo, poderá exercer o seu direito de pronúncia em sede de audiência de interessados, nos termos legalmente previstos.”.

163. Subsequentemente, mais precisamente no dia 5 de março de 2026, o reclamante SA pronunciou-se nos autos, nos seguintes termos:

“[...]

No seguimento da audiência de interessados, tida em 02/03/2026, referente ao processo de inquérito com o n.º de identificação ERS/071/2025, considero pertinente ter em conta a seguinte informação adicional:

- *No envio da primeira simulação de factura no valor de 1723,71 €, em março de 2025 por parte do Hospital de Aveiro, veio também acompanhada uma folha referente a "Certidão de Titularidade de IBAN", com a identificação bancária daquela unidade de saúde. Ora, considero esta abordagem intimatória, pois a soma dos três documentos enviados assim o evidencia. Primeiro, o documento do formulário para preencher que, caso não o enviasse preenchido, «implicará o recurso a instância judicial competente», como se pode ler no ponto 3 do referido documento. Considero este ponto deveras flagrante e abusivo!. Depois, o documento da simulação de factura, no valor de 1723,71 €. E, finalmente, o documento do IBAN para transferência/pagamento daqueles 1723,71 €. A soma destes documentos sustenta a abordagem intimatória por parte do Hospital de Aveiro para pagamento de uma despesa não elegível. Estes documentos são enviados em ficheiro anexo (PDF "[SA] - HAveiro - F + SF + IBAN").*
- *Mesmo após o meu alerta, de que estava a ser indevidamente cobrados valores, o Hospital de Aveiro continuou com a mesma linha de actuação, emitindo várias simulações de facturas ao longo do tempo. Dei esse alerta várias vezes ao Serviço de Facturação, à equipa médica (tanto pelo médico Dr. [AB] como pelo director do Serviço de Ortopedia Dr. [CP]), aos enfermeiros. Dei também esse alerta aos secretários do internamento do Serviço de Ortopedia, que não acharam normal toda aquela situação. No*

dia 08/07/2025, após a recepção de mais uma simulação de factura no valor de 5541,17 €, dirigi-me à secretaria do internamento do Serviço de Ortopedia para, mais uma vez, dar nota daquela situação indevida, e a resposta que dão do Serviço de Facturação à secretaria do Serviço de Ortopedia é a de que o meu enquadramento não é SNS, pelo que eu deveria assumir as despesas. Mesmo depois da minha reclamação formal desta situação à ERS, o Hospital de Aveiro continuou a emitir simulações de facturas, com duas emitidas com data de 31/07/2025. Este foi um procedimento repetido e erróneo por parte do Hospital de Aveiro, sem nunca ter demonstrado interesse na resolução do erro, apesar dos meus constantes avisos.”.

Acresce que,

164. No dia 18 de março de 2026, o reclamante SA trouxe, ainda, ao conhecimento da ERS o seguinte:

“[...]

Tenho conhecimento que o Hospital de Aveiro continua a enviar aos doentes cartas com simulações de factura e formulários para preenchimento, com dados de seguro, e com a mesma informação de intimação que me enviaram repetidamente (pontos 2 e 3). Aparentemente, a postura e abordagem aos doentes do Hospital de Aveiro mantêm-se.

O caso em específico, que envio em PDF anexo, refere-se a um funcionário da minha empresa que, infelizmente, sofreu um acidente de trabalho e deu entrada nas Urgências do Hospital de Aveiro, através de ambulância dos bombeiros. Como sou eu quem trata dos seguros da empresa (nomeadamente seguro de AT), comentou comigo que recebeu a carta do hospital com despesas, e que não deveria, por estar coberto pelo seguro de AT, reparando eu então que o procedimento é o mesmo, com o mesmo formulário. [...]”.

165. Em anexo à sobredita comunicação eletrónica, o reclamante juntou cópia da “Simulação de Fatura” **emitida em 11 de março de 2026**, em nome do utente AD, com o valor relativo ao episódio de urgência do dia anterior, no montante



total de 85,91 EUR, acompanhada do ofício com o formulário para identificação do terceiro responsável pelo acidente de viação, que continua a conter a menção de que “**o não cumprimento do exposto no número anterior**” (i.e. a devolução do questionário devidamente preenchido no prazo de 10 dias úteis), “**implicará a responsabilização do próprio**”³⁰:

SIMULACAO DE FATURA

Unidade Local De Saúde Região De Aveiro
Av. Artur Ravaça
Aveiro
3810- - 501 - Aveiro
Contribuinte No: 510123210
Matrícula: Registada na CRC de Aveiro
Cap.Social: 106.000.000 Euros
Cliente No: [REDACTED]

Pág: 001/ 001
Data Emissão: 11/03/2026

Exmo Sr.(a):
[REDACTED]

Contribuinte No: 0
Causa :Acidente De Trabalho
Doente: [REDACTED]

Urgencia

Episódio	Data	Designação	Qt.	Preço Unit.	Valor
[REDACTED]	10/03/2026	Episodio De Urgencia	1	85,91	85,91

³⁰ Negrito nosso.



Emitido em 11/03/2026

Servico de Pre-Facturacao

Exmo(a) Sr(a)

- 1.Solicita-se a V.Exa que nos devolva este questionario devidamente preenchido, no prazo de dez dias uteis.
- 2.O nao cumprimento do exposto no numero anterior, implicara a responsabilizacao do proprio.
- 3.O nao cumprimento do exposto no ponto 1 ou no ponto 2 implicara o recurso a instancia judicial competente.

Instituição Local de Referência
Serviço de Atendimento
Ambulatório

Processo: [REDACTED] [REDACTED]
Urgencia: [REDACTED] Acidente De Trabalho
10/03/2026

Responsavel pelo acidente: _____

Residencia: _____

Comp.Seguros: _____ Apolice: _____

(Junte fotocopia da participacao se possivel)

Nome do Segurado: _____

Assinatura de quem preenche: _____

Enviar para: faturacao.sf@chbv.min-saude.pt

Isto posto,

- 166.A pronúncia do reclamante SA, bem como os elementos adicionais ulteriormente carreados para os autos, não só não infirmam o sentido do projeto de decisão, como antes o reforçam de forma inequívoca, corroborando a verificação das ilegalidades já identificadas por esta Entidade Reguladora.
167. Com efeito, tais elementos evidenciam a reiteração das práticas em causa e a sua aptidão para produzir efeitos lesivos na esfera jurídica dos utentes do SNS, o que acentua a necessidade de intervenção regulatória da ERS.
168. Neste contexto, impõe-se, com particular acuidade, a adoção de medidas tendentes à revisão e imediata adequação dos procedimentos internos da ULSRA ao quadro legal vigente, por forma a assegurar o integral respeito pelos direitos dos utentes e a prevenir a futura repetição de situações análogas;

169. Em face do exposto, mantém-se na íntegra a decisão projetada.

VI. DECISÃO

170. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução à Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E., no sentido de:

- (i) Garantir, em permanência, o cumprimento do regime jurídico das taxas moderadoras e dos regimes especiais de benefícios, em vigor a cada momento, interpretando-os e aplicando-os em conformidade com os princípios e as normas constitucionais;
- (ii) Abster-se, nas situações em que exista uma entidade terceira legal ou contratualmente responsável pelo pagamento dos cuidados de saúde:
 - a) De adotar quaisquer comportamentos que se consubstanciem em fazer repercutir sobre os utentes beneficiários do SNS, devidamente identificados, o valor dos encargos associados à prestação dos cuidados de saúde;
 - b) De enviar aos utentes faturas ou simulações de faturas que, de qualquer forma, possam induzi-los na errónea convicção de dever suportar os encargos aí determinados, solicitando apenas, e quando aplicável, a identificação da entidade financeira responsável pelo pagamento dos serviços prestados ou outro teor similar;
- (iii) Abster-se de proceder à cobrança de taxas moderadoras em situações em que, considerando as regras em vigor e a concreta configuração do caso concreto, as mesmas não são devidas ou o seu pagamento é dispensado;

- (iv) Adequar os procedimentos internos existentes ao integral cumprimento dos pontos (i) a (iii);
- (v) Emitir e divulgar ordens e orientações claras e precisas, para que as medidas e/ou procedimentos por si adotados para cumprimento do determinado nos pontos anteriores sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os profissionais ao seu serviço;
- (vi) Dar cumprimento à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a notificação da deliberação final, dos procedimentos adotados para o efetivo cumprimento do disposto em cada uma das alíneas *supra*.

171. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível *in casu* com coima de EUR 1.000,00 a EUR 44.891,81, “[...] o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º, 23.º”.

172. A versão não confidencial da presente decisão será publicitada no sítio oficial da ERS na Internet.

Aprovado pelo Conselho de Administração da ERS, nos termos e com os fundamentos propostos.

Porto, 26 de março de 2026.



© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2026

A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência “Porto, Portugal”.

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).



Rua S. João de Brito, 621 L32
4100-455 PORTO - Portugal
T +351 222 092 350
geral@ers.pt
www.ers.pt

