

**FORMULÁRIO PARA CERTIDÃO
RELATIVA AO REGISTO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**

Tipo de Dispositivos para os quais é (são) solicitada(s) certidão(ões)

Dispositivo médico (incluindo os implantáveis activos)

Dispositivo médicos para diagnóstico *in vitro*

Dados da Empresa que solicita a(s) certidão(ões):

Nome ou Denominação Social: _____

Fabricante

Distribuidor

Descrição da(s) certidão(ões) a emitir, assinalar a(s) opção(ões) pretendida(s):

Todos os dispositivos notificados até à data.

Todos os dispositivos dos seguintes Fabricantes:

Nesta opção será emitida 1 certidão por fabricante.

Todos os dispositivos do(s) seguinte(s) Grupo(s):

Indicar o(s) nome(s) dos Grupo(s) para os quais se pretende uma certidão. Será emitida uma certidão por cada Grupo.

Todos os dispositivos da(s) seguinte(s) notificação(ões):

Indicar o(s) **número ID** da notificação(ões) para os quais se pretende uma certidão. Será emitida uma certidão por cada notificação.

Nota: Numa certidão apenas poderão constar dispositivos médicos ou dispositivos médicos para diagnóstico *in vitro*.

N.º total de certidões requeridas: _____

A emissão de cada certidão dará lugar ao pagamento do previsto no Artigo 64.º do Decreto-lei n.º 145/2009, de 17 de Junho de 2009.

Assinatura do requerente
