

**GUIA PARA PAGAMENTO DE TAXA SOBRE ESTUPEFACIENTES E SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS**  
**(Decreto Regulamentar 61/94, de 12 de Outubro**  
**com Alterações Introduzidas pelo Decreto Regulamentar 28/2009 de 12 de Outubro)**

(Leia atentamente as instruções no verso antes do preenchimento)

**1. Identificação do requerente:**

<b>DENOM. SOCIAL:</b>	<b>NIF:</b>
<b>SEDE SOCIAL:</b>	

**2. Identificação do(s) acto(s) requerido(s):**

Acto Requerido:	Descrição:	Custo* unitário	Total	
			Quant.	Valor
Artigo 43.º, n.º 1, alínea a)	Para cultivo, produção, fabrico ou comércio por grosso	1.000 €		
Artigo 43.º, n.º 1, alínea b)	Para importação ou exportação	1.200 €		
Artigo 43.º, n.º 1, alínea c)	Para trânsito	1.000 €		
Artigo 43.º, n.º 1, alínea d)	Para emissão dos certificados de exportação e importação	33,69 €		

\*actualizado anualmente

**3. Identificação do(s) medicamento(s) e/ou substâncias para o(s) qual(is) é/são requerido(s) o(s) acto(s):**

Acto requerido	Nome do medicamento	Forma farmacêutica	Dosagem

**4. Identificação do pagamento:**

Cheque n.º	Banco	Praça	Importância
Extenso: _____		Total de cheques	
_____		Numerário	
_____		Total de depósito	

**TRANSFERE do NIB de origem n.º** \_\_\_\_\_, a quantia de \_\_\_\_\_, para o

NIB de destino: **07810112000000625042** da conta sediada no IGCP - Instituto de Gestão de Tesouraria e do Crédito Público, I.P.,

IBAN: **PT5007810112000000625042,**

SWIFT CODE: **IGCPPTPL,**

a favor do INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., relativa ao pagamento dos serviços acima requeridos.

**Certificação da Tesouraria**

**Assinatura e carimbo do requerente:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## Instruções de preenchimento

### 0. Instruções Gerais:

Preencher todos os campos da Guia de Pagamento com letra legível.

No caso de preenchimento incompleto ou incorrecto, o pedido será considerado inválido.

Pagamentos superiores ou inferiores ao valor devido constituem igualmente preenchimento incorrecto.

### 1. Identificação do requerente:

Neste campo deverá ser sempre claramente identificado o requerente do acto.

### 2. Identificação do(s) acto(s) requerido(s):

Os actos requeridos devem ser assinalados na linha para o efeito segundo a descrição presente.

O valor total é o produto da multiplicação do custo unitário pela quantidade de actos indicada.

### 3. Identificação do(s) medicamento(s) e/ou substâncias para o(s) qual(is) é/são requerido(s) o(s) acto(s):

Na coluna "Acto requerido" deve indicar o acto assinalado no ponto 2..

Nas restantes colunas devem ser identificados os medicamentos e/ou substâncias pretendidos, devendo ser sempre identificados pelo nome, forma farmacêutica e dosagem.

Sendo necessário, anexe-se listagem.

### 4. Identificação do pagamento:

Neste campo deve ser preenchido o meio / forma de pagamento utilizado. Poderá optar pelo pagamento na Tesouraria do INFARMED, I.P. ou por transferência bancária.

#### a) Pagamento na Tesouraria do INFARMED, I.P.

Para o efeito deverá apresentar 3 vias da Guia de Pagamento e o respectivo meio de pagamento (numerário ou cheque).

#### b) Pagamento por transferência bancária

Neste caso, a Guia de Pagamento acompanhada do respectivo comprovativo de pagamento, deve ser entregue em duplicado.

O original deverá instruir o processo de submissão.

O duplicado deverá ser remetido à Direcção de Recursos Humanos, Financeiros e Patrimoniais do Infarmed, por correio ou por e-mail ([drhfp-uc@infarmed.pt](mailto:drhfp-uc@infarmed.pt)).