

GUIA PARA PAGAMENTO DE TAXA SOBRE EMISSÃO DE CERTIDÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
(DECRETO-LEI nº 76/2006, DE 27 DE MARÇO)

(Leia atentamente as instruções no verso antes do preenchimento)

1. Identificação do requerente:

DENOM. SOCIAL:	NIF:
SEDE SOCIAL:	
ATIVIDADE DO REQUERENTE: ☐ Distribuidor ☐ Fabricante	

2. Custo da(s) certidão(ões), relativas à notificação de dispositivos médicos:

		Custo unitário *	Total	
			Quantidade	Valor
N.º 10 do Anexo I da Portaria n.º 377/2005, de 4 de Abril	a) Até 4 folhas	30,69 €		
	b) Cada conjunto adicional de até 4 folhas	15,35 €		

*atualizado anualmente

3. Identificação da(s) certidão(ões), relativas à notificação de dispositivos médicos:

Data do pedido	Descrição: ☐ Dispositivos médicos ☐ Dispositivos médicos para diagnóstico <i>inVitro</i>	Número de certidões
	Requerida por Distribuidor ☐ Todos ☐ Fabricante(s): ☐ Grupo(s): ☐ Notificação(ões): Requerida por Fabricante ☐ Todos: ☐ ID(s) de registo na plataforma FabDM	

4. Identificação do pagamento:

TRANSFERE do NIB de origem n.º _____, a quantia de _____, para o NIB de destino: **078101120000000625139** da conta sediada no IGCP - Instituto de Gestão de Tesouraria e do Crédito Público, I.P., IBAN: **PT50078101120000000625139**, SWIFT CODE: **IGCPPTPL**, a favor do INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., relativa ao pagamento dos serviços acima requeridos.

Por se tratar de uma operação isenta de IVA, este documento junto do respetivo comprovativo de pagamento, é válido como Recibo.

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.

Deverá ser preenchida uma guia de pagamento por cada Formulário para pedido de Certidão.

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.

Para cada pedido de certidão ou documento equivalente, caso se trate do pagamento inicial deverá preencher a alínea a).

Para acerto do valor a pagar e após notificação do valor deverá preencher a alínea b) devendo indicar o número de conjuntos adicionais.

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

3. Identificação do pedido de certidão(ões):

Neste campo deverá identificar:

- a data do pedido;
- se a(s) certidão(ões) correspondem a dispositivos médicos ou dispositivos médicos para diagnóstico *inVitro*;
- critério de inclusão dos dispositivos na certidão (quando requerido por distribuidor, assinalar se o pedido foi feito para, "todos os dispositivos", "por fabricante(s)", "grupo(s)", "notificação(ões)", ou quando requerido por fabricante, assinalar se o pedido foi feito para "todos os dispositivos" ou para "ID(s) de registo na plataforma FabDM");
- número de certidões total.

4. Identificação do pagamento:

Neste campo deve ser preenchido o NIB de origem utilizado.

O original da Guia de Pagamento juntamente com o respectivo comprovativo de pagamento deverá instruir o processo de submissão que deverá ser enviado para a Direção de Produtos de Saúde por correio ou através de um dos seguintes contactos:

Fax: +351 21 798 7281

Email: daps@infarmed.pt

Por se tratar de uma operação isenta de IVA, este documento junto do respetivo comprovativo de pagamento, é válido como Recibo.