

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:	

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

		Custo unitário *	Total	
			Quant.	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: <input type="checkbox"/> Dispositivos médicos <input type="checkbox"/> Dispositivos médicos para diagnóstico inVitro	Número de certidões
	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Fabricante(s): <input type="checkbox"/> Grupo (s): <input type="checkbox"/> Notificação (ões):	

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: **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.

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.

Deverá ser preenchida uma guia de pagamento por cada certidão (correspondente ao envio do respectivo [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 (e hora do pedido caso tenha sido solicitado por fax ou e-mail);
- a(s) certidão(ões) de dispositivos médicos e/ou dispositivos médicos para diagnóstico in vitro (indicando se o pedido foi feito para todos os dispositivos, por fabricante (s), grupo (s) ou notificação (ões));
- número de certidões total.

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).