

GUIA PARA PAGAMENTO DE TAXA SOBRE ENSAIOS CLÍNICOS
(PORTARIA nº 396/2005, DE 7 DE ABRIL)

(Leia atentamente as instruções no verso antes do preenchimento)

1. Identificação do requerente:

DENOM. SOCIAL:	NIF:
SEDE SOCIAL:	

2. Identificação do(s) acto(s) requerido(s) - n.º1 do artigo 1.º:

Alínea	Sub-alínea	Custo	Qt.	Import.
a) Por cada pedido de autorização de realização de ensaio clínico	i) Correspondendo às fases I a III de desenvolvimento do medicamento	1.023,00 €		
	ii) Correspondendo à fase IV de desenvolvimento do medicamento	460,35 €		
	iii) Correspondendo a estudos de biodisponibilidade e bioequivalência	255,75 €		
b) Por cada pedido de alteração ao protocolo		102,30 €		
c) Pedido de autorização de fabrico de medicamentos experimentais		575 €		
d) Pedido de importação de medicamentos experimentais		575 €		
			Total:	

Art. 3º -No caso de não validação de qualquer dos pedidos a que se refere o nº 1 artigo 1º, o INFARMED devolverá aos requerentes 90% das taxas ali previstas, retendo os restantes 10% a título de despesas administrativas.

N.º de Campos Preenchidos na coluna Import.

3. Identificação do(s) ensaio(s) clínico(s) para o(s) qual(is) é/são requerido(s) o(s) acto(s):

Acto requerido	Título do Protocolo	N.º EudraCT

4. Identificação do(s) medicamento(s) para o(s) qual(is) é/são requerido(s) o(s) acto(s):

Acto requerido	Morada do local de fabrico	Nome do medicamento	Forma farmacêutica	Dosagem

5. 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: **078101120112001132521** da conta sediada no IGCP - Instituto de Gestão de Tesouraria e do Crédito Público, I.P., IBAN: **PT50078101120112001132521**, 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).