REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

Infarmed
Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

GUIA PARA PAGAMENTO DE TAXA SOBRE ESTUDOS CLÍNICOS

(PORTARIA nº 63/2015, DE 5 DE MARÇO, modificada pela Portaria n.º 327/2026/1, de 6 de agosto)

(Leia atentamente as instruções no verso antes do preenchimento)

1. Identificação do promotor ou requerente:

DENOM. SOCIAL:	**NIF:**
SEDE SOCIAL:	

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

Tipologia	Custo	Qt.	Import.
Pedido de notificação de realização de estudo clínico correspondendo a estudos clínicos com intervenção de produtos cosméticos antes da colocação no mercado (Artigo 2.º, (b.iii))	600,00 €		
Pedido de notificação de realização de estudo clínico correspondendo a estudos clínicos com intervenção de produtos cosméticos após a colocação no mercado (Artigo 2.º, (b.iv))	400,00 €		
Por cada pedido de avaliação pela CEIC de estudos clínicos, no caso do centro de estudo clínico envolvido não dispor de Comissão de ética para a saúde, no caso dos estudos observacionais com medicamentos ou com dispositivos médicos (Artigo 2.º, (f.i)).	350,00 €		
Por cada pedido de avaliação pela CEIC de estudos clínicos, no caso do centro de estudo clínico envolvido não dispor de Comissão de ética para a saúde), ara os restantes estudos não referidos na alínea anterior (Artigo 2.º, (f.ii)	150,00 €		
Por cada pedido de avaliação pela CEIC da classificação de estudos como sendo "estudos com intervenção" ou "estudos sem intervenção" (Artigo 2.º, (g)),	100,00 €		

CEIC – Comissão de Ética para a Investigação Clínica

N.º de Campos Preenchidos na coluna Import. ____

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

Ato requerido	Título do Protocolo	N.º protocolo
1		
...		

3.1 Identificação do(s) produto(s) cosmético(s) para o(s) qual(is) é/são requerido(s) o(s) ato(s):

Ato Requerido	Identificação do cosmético	Nome e morada da pessoa responsável

4. Identificação do pagamento:

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.

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 de forma legível.
No caso de preenchimento incompleto ou incorreto, o pedido será considerado inválido.
Pagamentos superiores ou inferiores ao valor devido constituem igualmente preenchimento incorreto.

1. Identificação do promotor ou requerente:

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

2. Identificação do(s) ato(s) requerido(s):

Os atos 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 atos indicada.

3. Identificação do pagamento:

O pagamento das taxas deve ser efetuado por meios eletrónicos devendo ser preenchidos os dados referentes à transferência bancária.
O original da Guia de Pagamento acompanhada do respetivo comprovativo de pagamento deverá instruir o processo de submissão.

4. Reembolso

No caso de não validação de qualquer dos pedidos, o INFARMED devolverá aos requerentes 90% das taxas ali previstas, retendo os restantes 10% a título de despesas administrativas. Nesta situação, o pedido de reembolso deverá ser efetuado para o endereço contabilidade@infarmed.pt.