REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

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

GUIA PARA PAGAMENTO DE TAXA SOBRE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA E ESTUDOS DE DESEMPENHO DE DISPOSITIVOS

Portaria n.º 327/2026/1, de 6 de agosto,
em concretização do previsto na Lei n.º 71/2025, de 22 de dezembro

(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 realização de investigação clínica de dispositivos sem marcação CE ou dispositivos que já ostentam marcação CE mas que irão ser estudados para uma finalidade diferente da prevista no procedimento de avaliação da conformidade — (Artigo 2.º, número 2, alínea a))	1250,00 €		
Pedido de realização de estudos de desempenho de dispositivos médicos para diagnóstico in vitro sem marcação CE ou dispositivos médicos para diagnóstico in vitro que já ostentam marcação CE mas que irão ser estudados para uma finalidade diferente da prevista no procedimento de avaliação da conformidade — (Artigo 2.º, número 2, alínea b))	1250,00 €		
Notificação de investigação clínica de acompanhamento clínico pós comercialização de dispositivos com marcação CE — (Artigo 2.º, número 2, alínea c))	750,00 €		
Notificação de estudos de acompanhamento do desempenho pós-comercialização de dispositivos médicos para diagnóstico in vitro com marcação CE — (Artigo 2.º, número 2, alínea d))	750,00 €		
Notificação de alteração substancial de uma investigação clínica de dispositivos ou de um estudo de desempenho de dispositivos médicos para diagnóstico in vitro — (Artigo 2.º, número 2, alínea e))	250,00 €		
	Σ		

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 | Acrónimo | N.º Protocolo	CIV-ID | PS-ID

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. Quando aplicável, em alternativa, deve submeter informação/ documento comprovativo da isenção do pagamento de taxas.

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.