|  |  |
| --- | --- |
| *Antes de preencher este formulário leia com atenção as suas instruções na página 5.*  *Após o seu preenchimento enviar para:* [**sres-saud@azores.gov.pt**](mailto:sres-saud@azores.gov.pt) | **A preencher pela ACSS**  Processo nº: |

**1 - Entidade Utilizadora**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Identificação: | |  | | | | | |
| Morada: | |  | | | | | |
| Código Postal: | |  | | Localidade: |  | | |
| Tipo de entidade: | |  | | Contribuinte n.º: |  | | |
| Se pessoa colectiva | | | | Certidão Permanente n.º: | -            - | | |
| Se pessoa singular | | | | Cédula Profissional n.º: |  | Ordem: |  |
| Pessoa de Contacto: | |  | | | | | |
| Telefone: |  | | Telemóvel: |  | E-mail: |  | |
|  | | | | | | | |

**2 - Responsável da Entidade**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Identificação: | |  | | |
| Qualidade em que assina: | |  | | |
| Telefone: |  | | E-mail: |  |
|  | | | | |

**3 - Software Certificado**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Empresa responsável p/ desenvolvimento: | |  | | | | |
| Designação da aplicação/módulo: | |  | | | Versão n.º: |  |
| Data da Declaração de Conformidade do Fabricante (aaaa-mm-dd): | | | | -       - | | |
| Certificado nº |  | | Data do certificado (aaaa-mm-dd): | | -       - | |
|  | | | | | | |

**4 - Local de Prescrição (LP)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP  n.º | Designação do LP | Morada | Código Postal e Localidade | Distrito |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**5 - Local de Prescrição** (continuação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP  n.º | Designação do LP  (como identificado no ponto 4) | Código LP  (caso já tenha sido atribuído) | Proposta de designação para etiqueta |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| … |  |  |  |

**6 - Responsável pelo envio dos dados**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | |  | | | | |
| Cargo: | |  | | | | |
| Telefone: |  | | Telemóvel: |  | *E-mail:* |  |
| Morada: |  | | | | | |
| Código Postal: |  | | Localidade: |  | | |
|  | | | | | | |

**7 - Declaração e Identificação do Requerente**

|  |
| --- |
| Declaramos que a informação prestada neste formulário está correcta e completa, que somos ou estamos, formalmente, mandatados para actuar em nome da entidade utilizadora requerente, que temos completo conhecimento das Regras gerais de utilização de produto de software de prescrição electrónica de medicamentos no Sistema de Saúde, cujo cumprimento nos comprometemos a aceitar, através do envio do presente requerimento. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  | | |
| (assinatura) |  | Data do pedido *(aaaa-mm-dd*): | -       - |
|  | | | |

**8 - Documentação em Anexo**

*(Verifique o aplicável nas instruções de preenchimento)*

**É obrigatório o envio de cópia de documento de Identificação Fiscal da Entidade requerente e cópia de documento que comprove o direito de representação.**

*(assinale com  a documentação enviada)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Cartão de Cidadão | |
|  | Documento de Identificação Fiscal de Pessoa Singular | |
|  | Documento de Identificação Fiscal de Pessoa Colectiva | |
|  | Certidão Permanente | |
|  | Cédula Profissional | |
|  | Despacho de Nomeação | |
|  | Acta da Mesa da Assembleia de Posse | |
|  | Acta da Mesa da Assembleia de Nomeação | |
|  | Outro: |  |

página suplementar

|  |
| --- |
|  |

Instruções de preenchimento

Apenas serão considerados válidos os pedidos de reconhecimento cujos formulários IMP-013 sejam preenchidos electronicamente, não sendo aceites os requerimentos na forma manuscrita*.*

Os requerimentos devem ser enviados, exclusivamente, para o endereço:

[sres-saud@azores.gov.pt](mailto:sres-saud@azores.gov.pt)

|  |
| --- |
| 1. Requerente |
|  |
| 1.1. Entidade utilizadora |
| Identificar, com o nome completo, a entidade que requer o reconhecimento, como Entidade utilizadora de software certificado.  Caso se trate de pessoa singular deve ser preenchido o nome que consta do documento prova da identificação (Cartão de cidadão ou Cartão de identificação de pessoa singular).  No caso de pessoa colectiva, deve ser preenchida a denominação que consta do Cartão de identificação de pessoa colectiva ou da Certidão permanente da empresa.  Indicar a morada completa da entidade, mencionando a rua ou equivalente, n.º de porta, código postal e localidade.  A indicação do e-mail é obrigatória, para envio das credenciais. |
| 1.2. Tipo de entidade |
| Identificar se se trata de Pessoa singular ou Pessoa colectiva. |
| 1.3. Contribuinte n.º |
| Se o requerente for Pessoa singular, deve ser preenchido o respectivo NIF.  Caso se trate de Pessoa colectiva, deve ser registado o NIPC. |
| 1.4. Cédula profissional nº:/Ordem |
| Caso se trate de Pessoa singular o requerente deve indicar, obrigatoriamente, o número de Cédula e a respectiva Ordem profissional.  Para a identificação da Ordem profissional, admitem-se as seguintes possibilidades: OM = Ordem dos Médicos e OMD = Ordem dos Médicos Dentistas. No caso do prescritor Odontologista referir ‘ODONT’.  Caso o prescritor detenha inscrição em mais do que uma Ordem profissional, deve mencionar a segunda inscrição, nos mesmos termos, na página suplementar do requerimento. |
| 1.5. Certidão Permanente |
| Caso se trate de Pessoa colectiva privada, o requerente deve indicar, o código de acesso à Certidão permanente da empresa. |
| 1.6. Pessoa de contacto |
| Identificar a pessoa de contacto, caso a entidade seja Pessoa colectiva.  Devem ainda ser preenchidos o telefone, telemóvel e endereço electrónico da pessoa de contacto da empresa, neste processo. |
| 2. Responsável da entidade que requer o reconhecimento |
| Caso se trate de Pessoa colectiva, identificar o responsável da entidade requerente, com poder de vinculação da mesma, devendo fazer prova desse direito.  Caso existam vários representantes a vincular a entidade requerente, devem ser devidamente identificados e nos mesmos termos, na página suplementar do requerimento.  Não é aplicável a entidade requerente Pessoa singular. |
| 3. *Software* certificado |
| Identificar o fornecedor do produto de *software*, a respectiva aplicação informática a utilizar, através da sua designação e versão. Para as versões certificadas e somente nestes casos, deverá ser indicado o número do Certificado e a data de certificação pela ACSS. Nos casos abrangidos pela Declaração de Conformidade do Fabricante, deverá indicar a data desta declaração. |
| 4. Local de prescrição |
| Identificar o local de prescrição onde será utilizado o produto.  Se a entidade possuir várias unidades de prestação de cuidados de saúde deve identificá-las tendo em vista a atribuição dos distintos locais de prescrição (LP). |
| 5. Local de prescrição (continuação) |
| Mencionar, para cada local de prescrição identificado no ponto 4, o nome abreviado a utilizar na etiqueta correspondente, considerando o tamanho máximo de 20 caracteres. A proposta de designação deve ser sugestiva face à denominação da entidade utilizadora. Não é aplicável a entidade requerente Pessoa singular.  Caso a entidade disponha de código de Local de Prescrição deverá proceder à respectiva identificação. |
| 6. Responsável pelo envio dos dados |
| Identificar o técnico ou a pessoa responsável que contactará a SAUDAÇOR para o envio regular dos dados da prescrição, bem como respectivos contactos directos, obrigatoriamente, o número de telemóvel ou telefone e o endereço de e-mail.  Preencher a morada, bem como o código e localidade postal, se for diferente da morada da entidade. |
| 7. Declaração do requerente |
| Identificar o requerente (nome completo), a assinatura e a data de envio do pedido de reconhecimento. |
| 8. Documentação em anexo |
| Assinalar a documentação anexa ao requerimento. |
| Documentação relativa à identificação da entidade utilizadora |
| Assinalar as opções referentes aos documentos comprovativos da identificação da entidade requerente, anexados.  É obrigatório o envio de cópia de documento de identificação fiscal da entidade requerente, seja pessoa singular ou pessoa colectiva. |
| Documentação relativa à identificação do responsável da entidade requerente |
| Assinalar as opções referentes aos documentos comprovativos do direito de representação.  Caso se trate de um organismo ou serviço oficial é obrigatório o envio de cópia do Despacho de nomeação.  Caso se trate de uma IPSS é obrigatório o envio de cópia da Acta da Assembleia de posse e da respectiva nomeação.  Caso se trate de uma entidade singular é obrigatório o envio de cópia da Cédula profissional.  Tratando-se de uma entidade colectiva, privada, é obrigatório o envio do código de acesso à Certidão permanente ou cópia da mesma. |