|  |  |
| --- | --- |
| *Antes de preencher este formulário leia com atenção as instruções nas páginas 5 e 6.*  *Após o seu preenchimento deve enviá-lo para:*  [**pem\_utilizadores@spms.min-saude.pt**](mailto:pem_utilizadores@spms.min-saude.pt) |  |

Entidade Utilizadora

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Identificação: | |  | | | | | | |
| Morada: | |  | | | | | | |
| Código Postal: | |  | | Localidade: | |  | | |
| (NUT) Distrito: | |  |  | Concelho: |  |  |  | |
| Freguesia: | |  | |  | |  | | |
| Tipo de entidade: | |  | | Contribuinte n.º: | |  | | |
| Se pessoa coletiva | | | | Certidão Permanente n.º: | | -       - | | |
| Se pessoa singular | | | | Cédula Prof. n.º: | |  | Ordem: |  |
| Pessoa de Contacto: | |  | | | | | | |
| Telefone: |  | | Telemóvel: |  | | E-mail: |  | |
|  | | | | | | | | |

Responsável da Entidade

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

Software

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Empresa Responsável p/ Desenvolvimento: |  | | | |
| Designação da aplicação/módulo: |  | | Versão n.º: |  |
| Data da Declaração de Conformidade do Fornecedor (aaaa-mm-dd): | | -       - | | |
|  | | | | |

Local de Prescrição (LP)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP  n.º | Designação | Morada | Código Postal | Localidade | Distrito | Concelho | Freguesia | Código LP (caso já tenha sido atribuído pela ARS ou ACSS/SPMS) | Proposta de designação para etiqueta |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nota: deve indicar os códigos de prescrição já atribuídos pela ARS/ACSS/SPMS (ver instruções pág.5)

Responsável Técnico

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  | | | | |
| Cargo: |  | | | | |
| Telefone: |  | Telemóvel: |  | *E-mail:* |  |
|  | | | | | |

Declaração e Identificação do Requerente

|  |
| --- |
| Declaramos que a informação prestada neste formulário está correta e completa, que somos ou estamos, formalmente, mandatados para atuar em nome da entidade utilizadora requerente.  Aceitamos as regras de uso de software de prescrição, o qual deverá constar da lista publicada pela SPMS e garantir o cumprimento das normas e regras de prescrição em vigor.  Conhecemos que no caso de serem identificadas não conformidades no software de prescrição, as mesmas podem ser notificadas à SPMS através do registo disponível no seu site.  Temos conhecimento que para efeitos da prescrição Eletrónica de Meios Complementares de diagnóstico terá necessariamente de ter código e prescrição atribuído pela respetiva ARS. |

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

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 Coletiva | |
|  | Certidão Permanente | |
|  | Cédula Profissional | |
|  | Despacho de Nomeação | |
|  | Ata da Mesa da Assembleia de Posse | |
|  | Ata da Mesa da Assembleia de Nomeação | |
|  | Certidão de Registo na ERS por cada Local de Prescrição | |
|  | Protocolo celebrado com a Segurança Social, no caso de IPSS | |
|  | Outro: |  |

página suplementar

|  |
| --- |
|  |

Instruções de preenchimento

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

Os requerimentos devem ser enviados, exclusivamente, para o endereço: [pem\_utilizadores@spms.min-saude.pt](mailto:pem_utilizadores@spms.min-saude.pt)

|  |
| --- |
|  |
| Entidade utilizadora |
|  |
| *Identificar*, com o nome completo, a entidade que requer o reconhecimento, pela SPMS, como Entidade utilizadora de *software*.  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 coletiva, deve ser preenchida a denominação que consta do Cartão de identificação de pessoa coletiva.  Indicar a morada completa da entidade, mencionando a rua ou equivalente, n.º de porta, código postal e localidade. |
| Tipo de entidade |
| Identificar se se trata de Pessoa singular ou Pessoa coletiva. |
| Contribuinte n.º |
| Se o requerente for Pessoa singular, deve ser preenchido o respetivo NIF.  Caso se trate de Pessoa coletiva, deve ser registado o NIPC. |
| Cédula profissional nº / Ordem |
| Caso se trate de Pessoa singular o requerente deve indicar, obrigatoriamente, o número de Cédula e a respetiva 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 preencher com ‘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. |
| Certidão Permanente |
| Caso se trate de Pessoa coletiva privada, o requerente deve indicar, o código de acesso à Certidão permanente da empresa. |
| Pessoa de contacto |
| Tratando-se de pessoa singular, considera-se como pessoa de contacto o requerente.  No caso de uma entidade coletiva deverá ser identificada a pessoa de contacto.  Devem ainda ser preenchidos o número de telefone, telemóvel e endereço de *e-mail* da pessoa de contacto da empresa, neste processo. |
| Responsável da entidade que requer o reconhecimento |
| Caso se trate de pessoa singular considera-se o requerente.  Tratando-se de pessoa coletiva, deverá ser identificado 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. |
| *Software* |
| Identificar o fornecedor do produto de *software* que pretende utilizar e a respetiva aplicação informática, através da sua designação e versão.  Indicar a data da respetiva Declaração de Conformidade do Fornecedor. |
| 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). |
| Mencionar, para cada local de prescrição, 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, cabendo à SPMS a decisão de definir a denominação a constar na etiqueta.  Caso a entidade disponha de código de Local de Prescrição, anteriormente atribuído pela ARS ou pela ACSS, deverá proceder à respetiva identificação.  A denominação da etiqueta do Local de Prescrição de entidade Pessoa singular é global e fixa pela SPMS. |
| Responsável Técnico |
| Identificar o técnico ou a pessoa responsável para eventuais contactos com a SPMS e respetivos contactos diretos, obrigatoriamente, o número de telemóvel ou telefone e o endereço de *e-mail*. |
| Declaração do requerente |
| O pedido de reconhecimento deve ser assinado e datado pelo respetivo requerente, identificado com o seu nome completo. |
| Documentação em anexo |
| Assinalar a documentação anexa ao requerimento. São de envio obrigatório, os seguintes documentos: |
| * Cópia de documento de identificação fiscal da entidade requerente, seja pessoa singular ou pessoa coletiva; |
| * Cópia do Despacho de nomeação do responsável, caso se trate de um organismo ou serviço oficial; * Cópia da Ata da Assembleia de posse e da respetiva nomeação, caso se trate de uma IPSS; * Cópia do protocolo celebrado com a Segurança Social, caso se trate de uma IPSS; * Cópia da Cédula profissional, caso se trate de uma entidade singular; * Cópia da Certidão de Registo na ERS por cada Local de Prescrição; * Código de acesso à Certidão permanente ou cópia da mesma, se se tratar e uma entidade coletiva privada. |