*Antes de preencher este formulário leia com atenção as instruções nas páginas 5 e 6.*

*Após o seu preenchimento deve enviá-lo para o o seguinte endereço eletrónico:*

[**drs.pem.entidades@azores.gov.pt**](mailto:drs.pem.entidades@azores.gov.pt)

Entidade Utilizadora

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Identificação: | |  | | | | | | |
| Morada: | |  | | | | | | |
| Código Postal: | |  | | Localidade: | |  | | |
| Distrito: | |  |  | Concelho: |  |  |  | |
| Freguesia: | |  | | (NUT) Região: | |  | | |
| Tipo de entidade: | |  | | Contribuinte n.º: | |  | | |
| Se Pessoa Coletiva | | | | Certidão Permanente n.º: | | -       - | | |
| Se Prestador em nome Individual | | | | 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) | Proposta de designação para etiqueta |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nota: deve indicar os códigos de prescrição já atribuídos (ver instruções pág.5)

Responsável Técnico (da entidade utilizadora)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  | | | | | | |
| Cargo: |  | | | Data de Nascimento | | -       - | |
| 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 PEM, o qual deverá constar da lista publicada pela SPMS e garantir o cumprimento das normas e regras de prescrição em vigor.  Sabemos 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. |

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

**Documentação em Anexo**

*(Verifique o aplicável nas instruções de preenchimento)*

Nas condições seguintes, é **obrigatório o envio de cópia** de:

- **Documento de Identificação Fiscal** da entidade requerente que não disponha de código de acesso à Certidão Permanente do Registo Comercial, nomeadamente, pessoa singular detentora de estruturas residenciais para pessoas idosas e IPSS;

- **Alvará ou Licença de Funcionamento**, passado por serviço competente da Segurança Social, a equipamento de apoio social, nomeadamente, creche, jardim-de-infância, estrutura residencial para pessoas idosas ou similares.

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:

[**drs.pem.entidades@azores.gov.pt**](mailto:drs.pem.entidades@azores.gov.pt)

|  |
| --- |
|  |
| Entidade utilizadora |
|  |
| Identificar, com o nome completo, a entidade que requer o reconhecimento, pela Direção Regional de Saúde (DRS), como Entidade utilizadora de *software*.  Caso se trate de Pessoa coletiva, deve ser preenchido o nome da firma que consta na Certidão Permanente do Registo Comercial ou no documento de identificação fiscal.  Caso se trate de Prescritor em nome individual, indicar o nome completo; as restantes Pessoas Singulares devem indicar o nome que consta do documento prova da identificação (Cartão de Cidadão ou Cartão de identificação de pessoa singular).  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 Prescritor em nome individual, 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 eletrónico da pessoa de contacto da empresa, neste processo. |
| Responsável da entidade que requer o reconhecimento |
| Caso se trate de Prescritor em nome individual, considera-se o requerente.  Tratando-se de Pessoa Coletiva, deverá ser identificado o responsável da entidade requerente, com poder de vinculação da mesma, devendo tal condição constar da Certidão Permanente, como 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 a unidade de prestação de cuidados de saúde onde será utilizado o produto, em conformidade com a denominação do estabelecimento registado na ERS.  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). Nesta situação, todas estas unidades de saúde devem estar registadas como estabelecimentos na ERS. |
| Mencionar, para cada local de prescrição, o nome abreviado a utilizar na etiqueta correspondente, considerando o tamanho máximo de 20 caracteres. As propostas de designação de etiqueta devem ser sugestivas face à denominação dos estabelecimentos registados na ERS, cabendo à DRS a decisão de definir a denominação final a constar na etiqueta.  Caso a entidade disponha de código de Local de Prescrição anteriormente atribuído, deverá proceder à respetiva identificação.  A denominação da etiqueta do Local de Prescrição de Prescritor em nome individual (médico, médico-dentista ou odontologista) é global e fixada pela DRS. |
| Utilizador |
| Identificar o responsável técnico ou a pessoa responsável para os contactos com a DRS neste processo e disponibilizar os respetivos contactos diretos, obrigatoriamente, o número de telemóvel ou de 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, devendo ser carimbado, se necessário. |
| Documentação em anexo |
| São de envio obrigatório, nas condições mencionadas, os seguintes documentos: |
| * Cópia do Alvará ou da Licença de Funcionamento, passados por serviço competente da Segurança Social, caso o requerente seja um estabelecimento de apoio social, nomeadamente, creche, jardim-de-infância, estrutura residencial para pessoas idosas ou similar. |
| * Cópia de documento de identificação fiscal de pessoa coletiva do Sector Social, caso se trate de uma IPSS, sem fins lucrativos; * Cópia de documento de identificação fiscal da entidade requerente, caso o requerente seja pessoa singular detentora de estrutura residencial para pessoas idosas ou, excecionalmente, de firma requerente. |