Ofício nº.

Local, dia de outubro de 2015.

A Sua Excelência o Senhor

Ministro de Estado da Saúde

Esplanada dos Ministérios. Bloco G, Ed. Sede, 5º Andar – Gabinete do Ministro

CEP: 70.058-900 – Brasília/DF

Assunto: **Interposição de recurso administrativo em face da decisão de reprovação da proposta de projeto de PDP do produto *Inserir nome do produto* apresentada pela *Inserir nome da instituição pública*.**

Senhor Ministro,

1. Considerando o Ofício nº *Inserir nº do Ofício*/2015/SCTIE/MS, de 30/09/2015, SIPAR nº *Inserir nº SIPAR*, de 30/09/2015, que comunica a não aprovação da proposta de projeto de PDP do produto *Inserir nome do produto* apresentada pela instituição pública *Inserir nome da instituição pública*;
2. Considerando o estabelecido no art. 39 da Portaria GM/MS nº 2.531/2014;
3. Interpõe-se o seguinte recurso administrativo em face da decisão de reprovação da proposta de projeto de PDP conforme documentação em anexo.

Atenciosamente,

**NOME DO REPRESENTANTE DA INSTITUIÇÃO PÚBLICA**

Cargo

**RECURSO ADMINISTRATIVO**

*(Em face da decisão de reprovação da proposta de projeto de PDP)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação da Instituição Pública** | |
| Razão Social:  *Informar Razão Social da Instituição Pública formuladora do recurso administrativo* | |
| CNPJ:  *Informar CNPJ da Instituição Pública formuladora do recurso administrativo* | |
| **Identificação do Processo** | |
| Nº SIPAR do processo:  *,Inserir SIPAR do processo administrativo da proposta de projeto de PDP reprovada* | Data da divulgação da decisão:  *Inserir data da divulgação da decisão de reprovação da proposta de projeto de PDP no portal do Ministério da Saúde* |
| Produto objeto da Proposta de Projeto de PDP:  *Informar produto objeto da proposta de projeto de PDP reprovada* | |
| **Identificação do Documento** | |
| Fundamento do recurso administrativo:  Razões de legalidade: *Indicar Sim / Não*  Razões de mérito: *Indicar Sim / Não* | Nº de folhas apresentadas neste ato:  *Indicar nº de folhas apresentadas no recurso,* *excluída esta folha de rosto)* |
| Justificativas:  *Apresentar motivação e razão do recurso administrativo com justificativas fundamentadas em face da decisão de reprovação da proposta de projeto de PDP.* | |
| **Documentos Anexos** | |
| *Anexar os documentos que julgar necessário à análise do recurso administrativo e listá-los.* | |
| **Identificação do Representante da Instituição Pública** | |
| Nome:  *Inserir nome do representante da Instituição Pública formulador do recurso administrativo.* | |
| Cargo:  *Inserir cargo do representante da Instituição Pública formulador do recurso administrativo.* | |
| Assinatura:  *Inserir assinatura do representante da Instituição Pública formulador do recurso administrativo.* | |
| Local e Data:  *Cidade*, *dia* de *mês* de *ano*. | |