

## **CANCELAMENTO DA AUTORIZAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DA ATIVIDADE DE DISTRIBUIÇÃO POR GROSSO DE USO HUMANO**

### **1. Requisitos legais**

São sujeitas a comunicação, no prazo de 30 dias úteis a contar do facto que lhes deu origem:

- a) Qualquer modificação aos elementos constantes da autorização atrás mencionada;
- b) O início, suspensão e cessação da atividade de distribuição.

O cancelamento da autorização de distribuição por grosso de medicamentos de uso humano na Região Autónoma da Madeira depende de requerimento do interessado dirigido ao Secretário Regional de Saúde e Proteção Civil.

### **2. Documentos de instrução do processo**

- a) Requerimento assinado e datado por pessoa singular ou pelos membros do órgão social que vinculam a entidade, de acordo com minuta em anexo, do qual devem constar:
  - Nome ou firma e domicílio ou sede do requerente;
  - Número de identificação de pessoa coletiva (NIPC) ou número de identificação fiscal (NIF);
  - Localização do estabelecimento onde foi exercida a atividade;
- b) Fotocópia atualizada da Certidão da Conservatória do Registo Comercial, ou código de acesso à certidão permanente da sociedade, no caso de sociedade comercial;
- c) Documento original da autorização para o exercício da atividade de distribuição por grosso de medicamentos de uso humano;
- d) Comunicação de diretor(a) técnico(a) de estabelecimento de distribuição por grosso de medicamentos de uso humano de cancelamento do averbamento das funções, de acordo com minuta em anexo;
- e) Original do documento de averbamento do diretor técnico que cessa funções.

Os documentos supracitados só serão aceites quando revistam a forma de original, documento autenticado ou fotocópia conferida com o original ou documento autenticado pelo funcionário que a receba.

### **3. Outros documentos**

A Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil e/ou Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM, poderão solicitar outros documentos considerados fundamentais.

#### **Local de entrega**

A apresentação dos documentos deverá ser formalizada mediante requerimento, podendo ser entregue diretamente na sede do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM, (IASAÚDE, IP-RAM), à Rua das Pretas, n.º 1, 9004-515 Funchal, mediante recibo comprovativo da entrega, ou remetido por correio.

#### **Endereço do IASAÚDE, IP-RAM**

Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM

Rua das Pretas, n.º 1                      9004-515 Funchal

Telefone: 291 212300                      Fax: 291 212302

#### **Legislação aplicável**

- Decreto-Lei n.º 176/2006, 30 de agosto, alterado e republicado pelos Decretos-Lei n.ºs 20/2013, de 14 de fevereiro e 128/2013, de 5 de setembro, alterado pela Lei n.º 51/2014 e pelos Decretos-Leis n.ºs 5/2017, de 6 de janeiro, 26/2018, de 24 de abril e 112/2019 de 16 de agosto.

• Minuta de **Requerimento para cancelamento da autorização para o exercício da atividade de distribuição por grosso de medicamentos de uso humano**

Exmo. Senhor

Secretário Regional de Saúde e Proteção Civil

(Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular<sup>(1)</sup>/Denominação da sociedade conforme consta no registo comercial<sup>(2)</sup>) \_\_\_\_\_, BI/CC<sup>(1)</sup> n.º \_\_\_\_\_, emitido em \_\_\_\_\_, pelo arquivo de identificação de \_\_\_\_\_, validade \_\_\_\_\_, NIF<sup>(1)</sup>/NIPC<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de \_\_\_\_\_, com o código de acesso à certidão permanente n.º \_\_\_\_\_, com **domicílio<sup>(1)</sup>/sede social<sup>(2)</sup>** sita em (**endereço completo e código postal**) \_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_, distrito de \_\_\_\_\_, endereço eletrónico \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_, telefone n.º \_\_\_\_\_, telemóvel n.º \_\_\_\_\_, fax n.º \_\_\_\_\_, cujos **gerentes/administradores** são (**identificar todos os indivíduos que obrigam a sociedade**) Nome(s) \_\_\_\_\_, BI/CC n.º \_\_\_\_\_, emitido em \_\_\_\_\_, pelo arquivo de identificação de \_\_\_\_\_, validade \_\_\_\_\_, NIF \_\_\_\_\_, aqui representada por \_\_\_\_\_, na qualidade de (**quem obriga a sociedade/procurador/outra**) \_\_\_\_\_, NIF \_\_\_\_\_, detentora de autorização para o exercício da atividade de distribuição por grosso de medicamentos de uso humano, com o n.º (**indicar o n.º e a data da autorização concedida pela Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil**) \_\_\_\_\_/RAM, de \_\_de \_\_de 20\_\_, com instalações de distribuição sitas em (**endereço completo e código postal**) \_\_\_\_\_, freguesia de \_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_, Região Autónoma da Madeira, endereço eletrónico \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_, telefone n.º \_\_\_\_\_, telemóvel n.º \_\_\_\_\_, fax n.º \_\_\_\_\_, tendo como diretor(a) técnico(a) o/a farmacêutico(a) (**nome completo**) \_\_\_\_\_, licenciado(a) em \_\_\_\_\_, titular da carteira profissional n.º \_\_\_\_\_, emitida pela Ordem dos Farmacêuticos, registado(a) no INFARMED, IP sob o n.º \_\_\_\_\_, vem solicitar a V. Exa. o cancelamento da referida autorização, com efeitos a partir de (**indicar a data**) \_\_\_\_\_, bem como cancelamento do averbamento do(a) diretor(a) técnico(a), (**nome completo**) \_\_\_\_\_, residente em (**endereço completo e código postal**) \_\_\_\_\_, farmacêutico(a) titular da carteira profissional n.º \_\_\_\_\_, emitida pela Ordem dos Farmacêuticos, registado(a) no

INFARMED, IP com o n.º \_\_\_\_\_, com fundamento \_\_\_\_\_, **(indicar os motivos para o pedido de cancelamento)** com efeitos a partir de **(indicar a data)** \_\_\_\_\_.

Relativamente ao destino dos medicamentos informa-se que **(informar qual o destino a dar aos medicamentos)** \_\_\_\_\_.

Pede deferimento,

\_\_\_\_\_, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Assinatura (s), de quem obriga no caso de sociedade, conforme BI/CC)**

Junto se anexam os seguintes documentos:

- Fotocópia atualizada da Certidão da Conservatória do Registo Comercial, ou código de acesso à certidão permanente da sociedade, no caso de sociedade comercial;
- Documento original da autorização para o exercício da atividade de distribuição por grosso de medicamentos de uso humano;
- Comunicação de diretor(a) técnico(a) de estabelecimento de distribuição por grosso de medicamentos de uso humano de cancelamento do averbamento das funções;
- Original do documento de averbamento do diretor técnico que cessa funções.

- Minuta de **Comunicação de diretor(a) técnico(a) de estabelecimento de distribuição por grosso de medicamentos de uso humano de cancelamento do averbamento das funções**

Exmo. Senhor

Secretário Regional de Saúde e Proteção Civil

(**Nome completo**) \_\_\_\_\_, **BI/CC** n.º \_\_\_\_\_, emitido em \_\_\_\_\_, pelo arquivo de identificação de \_\_\_\_\_, validade \_\_\_\_\_, NIF \_\_\_\_\_, residente em (**endereço completo e código postal**) \_\_\_\_\_, telefone n.º \_\_\_\_\_, telemóvel n.º \_\_\_\_\_, licenciado(a) em \_\_\_\_\_, titular da carteira profissional n.º \_\_\_\_\_, emitida pela Ordem dos Farmacêuticos, registado(a) no INFARMED, IP com o n.º \_\_\_\_\_, vem solicitar a V. Exa. o cancelamento do averbamento como diretor técnico do distribuidor por grosso de medicamentos de uso humano com o n.º (**indicar o n.º e a data da autorização concedida pela Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil**) \_\_\_\_\_/RAM, de \_\_de \_\_ de 20\_\_, com instalações sitas em (**endereço completo**) \_\_\_\_\_, freguesia de \_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_, Região Autónoma da Madeira, cujo titular é (**Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular/Denominação da sociedade conforme consta no registo comercial**) \_\_\_\_\_, com efeitos a partir de (**indicar a data**) \_\_\_\_\_.

Pede deferimento

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

---

(Assinatura conforme BI/CC)