

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

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 da Saúde.

1. Documentos de instrução do processo

- a) Requerimento assinado e datado do interessado dirigido ao Secretário Regional da Saúde, do qual devem constar:
 - Nome ou firma e domicílio ou sede do requerente;
 - Número de identificação atribuído pelo Registo Nacional de Pessoas Coletivas (NIPC) ou número fiscal de contribuinte (NIF), exceto se o requerente tiver a sua sede, domicílio ou estabelecimento principal noutra Estado membro;
 - Identificação do diretor técnico;
 - Localização do estabelecimento onde foi exercida a atividade;
- b) Documento original da autorização para o exercício da atividade de distribuição por grosso de medicamentos de uso humano;
- c) Comunicação de diretor(a) técnico(a) de estabelecimento de distribuição por grosso de medicamentos de uso humano de cancelamento do averbamento das funções;
- d) 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.

2. Outros documentos

A Secretaria Regional da Saúde 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, dirigido ao Secretário Regional da Saúde, 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.

• 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 da Saúde

(Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular⁽¹⁾/Denominação da sociedade conforme consta no registo comercial⁽²⁾) _____, BI/CC⁽¹⁾ n.º _____, emitido em _____, pelo arquivo de identificação de _____, validade _____, NIF⁽¹⁾/NIPC⁽²⁾ _____, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de _____, com o código de acesso à certidão permanente n.º _____, com **domicílio⁽¹⁾/sede social⁽²⁾** 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 da Saúde**) _____/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 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:

- 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 da Saúde

(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 da Saúde) _____/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)