

- Minuta de **Requerimento para o cancelamento do averbamento do responsável técnico de local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)** (a apresentar pelo responsável técnico)

Exmo. Senhor  
Secretário Regional da Saúde

(**Nome completo**) \_\_\_\_\_, filho de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_, freguesia de \_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_, distrito de \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_\_, (**estado civil**) \_\_\_\_\_, **BI/CC** n.º \_\_\_\_\_, emitido em \_\_\_\_\_, pelo arquivo de identificação de \_\_\_\_\_, contribuinte n.º \_\_\_\_\_, residente em (**endereço completo e código postal**) \_\_\_\_\_, telefone n.º \_\_\_\_\_, telemóvel n.º \_\_\_\_\_, vem nos termos da Portaria n.º 128/2006, de 20 de outubro, requerer a V. Exa. o cancelamento do averbamento como responsável técnico do local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) com a designação \_\_\_\_\_, registo n.º \_\_\_\_\_, no(a) \_\_\_\_\_, com instalações sitas em (**endereço completo e código postal**) \_\_\_\_\_, freguesia de \_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_, Região Autónoma da Madeira, com efeitos a partir de (**indicar a data**) \_\_\_\_\_.

Pede deferimento

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

---

(Assinatura conforme BI/CC)

- Minuta de **Requerimento para a alteração do responsável técnico de local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)**

Exmo. Senhor  
Secretário Regional da Saúde

(Entidade Titular - 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 \_\_\_\_\_, titular do local de venda de medicamentos não sujeitos a receita medica (MNSRM) com a designação \_\_\_\_\_, registo n.º \_\_\_\_\_, no(a) \_\_\_\_\_, com instalações sitas em (**endereço completo e código postal**) \_\_\_\_\_, freguesia de \_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_, Região Autónoma da Madeira, endereço eletrónico \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_, telefone n.º \_\_\_\_\_, telemóvel n.º \_\_\_\_\_, aqui representada por (**no caso de sociedade**) \_\_\_\_\_, na qualidade de (**quem obriga a sociedade**) \_\_\_\_\_, NIF \_\_\_\_\_, que tem como responsável técnico(a) o **farmacêutico(a) / técnico(a) de farmácia** \_\_\_\_\_, com a **carteira profissional / cédula profissional** n.º \_\_\_\_\_, emitida pela \_\_\_\_\_, vem nos termos da Portaria n.º 128/2006, de 20 de outubro, requerer a V. Exa. a alteração ao registo do responsável técnico do local de venda de medicamentos não sujeitos a receita medica (MNSRM), com efeitos a partir de (**indicar a data**) \_\_\_\_\_:

Nome do responsável técnico que cessa funções: \_\_\_\_\_

Identificação do responsável técnico do local de venda de MNSRM que inicia funções:

Nome:

Naturalidade:

Morada:

Localidade:

Freguesia:

Concelho:

Código Postal

Habilitação profissional:

Registo no INFARMED, IP n.º (se aplicável):

Carteira profissional ou cédula profissional n.º:

Bilhete de Identidade / Cartão Cidadão n.º, local e data de emissão.

Pede deferimento

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

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

Junto se anexam os seguintes documentos:

- Fotocópia da carteira profissional ou cédula profissional do responsável técnico pelo local de venda de MNSRM;
- Documento comprovativo do pagamento da taxa estipulada pelo artigo 11.º da Portaria n.º 128/2006, de 20 de outubro, no valor de €100;
- Termo de responsabilidade do responsável técnico de local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica.

- Minuta de **Termo de responsabilidade do responsável técnico de local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica**

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

(**Nome completo**) \_\_\_\_\_, (**estado civil**) \_\_\_\_\_, **BI/CC** n.º \_\_\_\_\_, emitido em \_\_\_\_\_, pelo arquivo de identificação de \_\_\_\_\_, validade \_\_\_\_\_, **NIF** \_\_\_\_\_, residente em (**endereço completo e código postal**) \_\_\_\_\_, telefone n.º \_\_\_\_\_, habilitações académicas e profissionais \_\_\_\_\_, titular da **carteira profissional / cédula profissional** n.º \_\_\_\_\_, emitida por \_\_\_\_\_, e registado(a) no **INFARMED**, **IP** com o n.º \_\_\_\_\_ (**se aplicável**), declara para todos os efeitos legais, que assume a responsabilidade técnica do local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (**MNSRM**) com a designação \_\_\_\_\_, com instalações sitas em (**endereço completo e código postal**) \_\_\_\_\_, freguesia de \_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_, Região Autónoma da Madeira, com o titular \_\_\_\_\_, **NIF/NIPC** n.º \_\_\_\_\_, com domicílio/sede social sita em (**endereço completo e código postal**) \_\_\_\_\_, comprometendo-se ao cumprimento de todas as normas legais em vigor, com efeitos a partir de (**indicar a data**) \_\_\_\_\_, não exercendo qualquer atividade incompatível com as exigências legais respeitantes à função que pretende assumir,

Mais declara **acumular / não acumular** a responsabilidade técnica de outros locais de venda de **MNSRM** (**indicar a situação mencionando em caso afirmativo, quantos e qual a distância entre eles e o local atual**).

Declara, não exercer qualquer das seguintes funções: (**no caso de responsável técnico farmacêutico**)

- Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de titular de autorização de introdução de medicamentos no mercado;
- Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de estabelecimentos de que se dediquem ao fabrico, distribuição por grosso ou importação paralela de medicamentos;
- Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de serviços farmacêuticos hospitalares, públicos ou privados;

- Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de outra farmácia ou, quando não excecionado, de posto farmacêutico.

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

---

**(Assinatura conforme BI/CC)**