

**PROCEDIMENTO PARA COMUNICAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE DADOS DA
AUTORIZAÇÃO PARA DISTRIBUIÇÃO POR GROSSO DE MEDICAMENTOS
DE USO HUMANO**

No caso de substituição de representante legal da entidade ou de alteração de algum dos meios de contato comunicados, ou de qualquer outro dado constante, deve ser dirigido um requerimento do interessado ao Secretário Regional da Saúde na Região Autónoma da Madeira, para efeitos de atualização dos registos da autorização concedida para o exercício da atividade.

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.º 20/2013, de 14 de fevereiro e n.º 128/2013, de 5 de setembro;
- Regulamento relativo às boas práticas de distribuição de medicamentos para uso humano, aprovado pela Deliberação n.º 47/CD/2015, do INFARMED, IP.

• Minuta de **Requerimento para comunicação de alteração de dados da autorização para 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 para efeitos de atualização dos registos, comunicar a V. Exa. a alteração do(s) seguinte(s) dados **(indicar conforme o caso aplicável)**, pertencente(s) ao distribuidor por grosso referenciado:

- Anterior(es) **número de telefone / fax / endereço eletrónico:**
- Atual(ais) **número de telefone / fax / endereço eletrónico:**
- Anterior(es) **gerente / administrador:**

- Atual(ais) **gerente / administrador:**

Pede deferimento,

_____, __ de _____ de 20__

(Assinatura (s), de quem obriga no caso de sociedade, conforme BI)