

**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<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 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)**