

# **PROCEDIMENTO PARA ATUALIZAÇÃO DOS CONTACTOS DOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO DA FARMÁCIA**

## **1. Requisitos legais**

- a) As farmácias têm a obrigatoriedade de dispor de equipamento de comunicação, aparelho de telecópia ou outro meio de transmissão eletrónica de dados que permita a receção expedita de alertas de segurança e de qualidade enviados pelo INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.;
- b) As alterações relativas aos meios de comunicação deverão ser comunicadas pelos proprietários das farmácias, na Região Autónoma da Madeira à Secretaria Regional da Saúde, nomeadamente quanto aos números de telefone e fax, bem como ao endereço eletrónico.

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

Comunicação assinada e datada do proprietário da farmácia dirigido ao Secretário Regional da Saúde, a comunicar a alteração ocorrida nos contactos dos meios de comunicação da farmácia;

## **3. 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 281421

## **Legislação aplicável**

- Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, alterado pela Lei n.º 26/2011, de 16 de junho, pelo Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto, pela Lei n.º 16/2013, de 8 de fevereiro, pelos Decretos-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro, e

109/2014, de 10 de julho, pela Lei n.º 51/2014, de 25 de agosto, e alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 75/2016, de 8 de novembro, adaptado à Região Autónoma da Madeira pelo Decreto Legislativo Regional n.º 25/2009/M, de 14 de agosto;

- Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro;
- Deliberação n.º 1500/2004, do INFARMED, IP, publicada no *Diário da República* 2.ª série, n.º 303, de 29-12-2003.

- Minuta de **Comunicação de atualização dos meios de comunicação de farmácia**

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 \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_, proprietário(a) da Farmácia \_\_\_\_\_, detentora do Alvará n.º \_\_\_\_/RAM, de \_\_ de \_\_ de \_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_, fax n.º \_\_\_\_\_, vem para efeitos de atualização dos registos, comunicar a V. Exa. a alteração do(s) seguinte(s) meio(s) de comunicação, pertencente(s) à farmácia referenciada:

- Anterior **número de telefone / fax / endereço eletrónico:**

- Atual **número de telefone / fax / endereço eletrónico** destinado às comunicações no âmbito de **(indicar) receção de alertas do Infarmed / propriedade/ CCF-RAM/ outras:**

Pede deferimento,

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

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