

COMUNICAÇÃO DE PERÍODOS DE FUNCIONAMENTO DE FARMÁCIA

1. Requisitos Legais

- a) O período de funcionamento semanal e o horário padrão a que está sujeito o período de funcionamento diário das farmácias de oficina, previstos pelo Decreto-Lei n.º 53/2007, de 8 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 7/2011, de 10 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 172/2012, de 1 de agosto, encontram-se regulamentados pela Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro, alterada pela Portaria n.º 14/2013, de 11 de janeiro;
- b) As farmácias de oficina podem fixar um período de funcionamento diário que lhes permita estar abertas vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana;
- c) Salvo disposição especial, o período de funcionamento semanal tem o limite mínimo de 44 horas, sem prejuízo do disposto nas imediatas alíneas d) e e), devendo ser fixado em termos que garantam a abertura ao público nos períodos seguintes:
 - De segunda a sexta-feira, das 10 às 13 e das 15 às 19 horas.
- d) O período de funcionamento semanal das farmácias de oficina em turno de regime de disponibilidade tem o limite mínimo de 40 horas, distribuído pelos períodos diurnos de todos os dias da semana, exceto o domingo;
- e) O período de funcionamento semanal das farmácias de oficina previsto na alínea c) do n.º 2 do artigo 57.º-A do Decreto – Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto, é de 40 horas, devendo ser fixado em termos que garantam a abertura ao público nos períodos seguintes:
 - De segunda a sexta-feira, das 10 às 12 horas e 30 minutos e das 15 às 18 horas e 30 minutos.
- f) O proprietário da farmácia comunica os períodos de funcionamento, diário e semanal da farmácia, fixados de acordo com o aludido supra, nos seguintes termos:
 - Até ao dia 15 de março de cada ano, para o 2.º semestre do ano civil;
 - Até ao dia 15 de setembro de cada ano, para o 1.º semestre do ano civil;
- g) Não havendo comunicação, considera-se que se mantém, no semestre seguinte, o período de funcionamento, diário e semanal, da farmácia, em vigor;

- h) Nos casos em que a organização do tempo de trabalho do pessoal da farmácia de oficina esteja sujeita a turnos, a comunicação deve ser acompanhada do mapa de horário de trabalho do pessoal, do qual conste o nome, a habilitação profissional e horário de trabalho de cada funcionário;
- i) Na Região Autónoma da Madeira, as comunicações a efetuar pelos proprietários das farmácias de oficina nos termos e efeitos previstos no Decreto-Lei n.º 53/2007, de 8 de março, alterado pelo Decreto - Lei n.º 7/2011, de 10 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 172/2012, de 1 de agosto, regulamentado pela Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro, alterada pela Portaria n.º 14/2013, de 11 de janeiro, devem ser dirigidas ao Diretor Regional de Saúde, por via escrita.

2. Documentos de instrução do processo

- a) Requerimento assinado e datado do proprietário da farmácia dirigido ao Diretor Regional da Saúde, a comunicar o período de funcionamento semanal;
- b) Mapa de horário de trabalho do pessoal do qual consta o nome, a habilitação profissional e o horário de trabalho de cada funcionário (no caso da organização do tempo de trabalho do pessoal de farmácia de oficina estar sujeito a turnos).

3. Outros documentos

A Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil e/ou a Direção Regional da Saúde, poderão solicitar outros documentos considerados fundamentais.

4. Local de entrega

A apresentação dos documentos deverá ser formalizada mediante requerimento, dirigido ao Diretor Regional de Saúde, entregue diretamente na Direção Regional da Saúde, à Rua das Pretas, n.º 1, 9004-515 Funchal, mediante recibo comprovativo da entrega, ou remetido por correio registado, com aviso de receção.

Endereço da Direção Regional da Saúde

Direção Regional da Saúde

Rua das Pretas, n.º 1

9004-515 Funchal

Telefone: 291 212300

Fax: 291 281421

Legislação aplicável:

- Decreto - Lei n.º 53/2007, de 08 de março;
- Decreto - Lei n.º 7/2011, de 10 de janeiro;
- Decreto – Lei n.º 172/2012, de 1 de agosto;
- Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro;
- Portaria n.º 14/2013, de 11 de janeiro.

- Minuta de **Comunicação de períodos de funcionamento de farmácia**

Exmo. Senhor

Diretor 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 _____, 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 _____, 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, nos termos do Decreto - Lei n.º 53/2007, de 08 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 7/2011, de 10 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 172/2012, de 1 de agosto, regulamentado pela Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro, alterada pela Portaria n.º 14/2013, de 11 de janeiro, comunicar a V. Exa. o horário e períodos de funcionamento diário e semanal da farmácia do ____º semestre do ano de _____, conforme abaixo indicado:

Dias da semana	Abertura (hh:mm)	Período de almoço		Fecho (hh:mm)	Total de horas diário (hh:mm)
		Fecho (hh:mm)	Abertura (hh:mm)		
Domingo					
Segunda-feira					
Terça-feira					
Quarta-feira					
Quinta-feira					
Sexta-feira					
Sábado					
Feriados / Dias Santos					
Total de horas semanal (hh:mm)					

Horário sazonal: Sim Não

Nota: No caso de existir horário sazonal deverá ser indicado o respetivo período e preenchido quadro do modelo acima.

A organização do tempo de trabalho do pessoal de farmácia de oficina está sujeito a turnos:

Nota: No caso afirmativo

Junto anexo mapa de horário de trabalho do pessoal do qual consta o nome, a habilitação profissional e o horário de trabalho de cada funcionário.

_____, __ de _____ de 20__

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

Em anexo:

Mapa do horário de trabalho.