

PROCEDIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE DESIGNAÇÃO DE FARMÁCIA

1. Requisitos legais

- a) É proibida a utilização, na designação da farmácia, de quaisquer vocábulos enganosos, que constituam concorrência desleal, que sejam suscetíveis de criar confusão com outras farmácias localizadas no mesmo concelho ou que estabeleçam qualquer equívoco quanto ao disposto no artigo 15.º do Decreto – Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto;
- b) A designação da farmácia depende de aprovação do Secretário Regional da Saúde;
- c) O pedido de aprovação da designação de farmácia, deve indicar sucessiva e preferencialmente três designações.

2. Documentos de instrução do processo

- a) Requerimento assinado e datado do proprietário da farmácia dirigido ao Secretário Regional da Saúde, a solicitar aprovação de nova designação da farmácia;
- b) Alvará da farmácia para proceder à respetiva alteração.

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.

• Minuta de **Requerimento de alteração de designação de farmácia**

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 _____, 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 solicitar a V. Exa. a aprovação da designação da Farmácia _____, pelo que se indica sucessiva e preferencialmente três designações:

Proposta (1) de designação: _____

Proposta (2) de designação: _____

Proposta (3) de designação: _____

Pede deferimento,

_____, __ de _____ de 20__

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

Junto se anexam os seguintes documentos:

- Alvará da Farmácia _____, n.º __/RAM, de __ de __ de __.