

## **PROCEDIMENTO PARA COMUNICAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE MEIOS DE COMUNICAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DA ATIVIDADE DE DISTRIBUIÇÃO POR GROSSO DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO**

No caso de alteração de algum dos meios de comunicação comunicados, deve ser dirigida um requerimento do interessado ao Secretário Regional de Saúde e Proteção Civil na Região Autónoma da Madeira, para efeitos de atualização dos registos da autorização concedida para o exercício da atividade.

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

- a) Requerimento assinado e datado por pessoa singular ou pelos membros do órgão social que vinculam a entidade, de acordo com minuta em anexo, do qual deve constar:
  - Nome ou firma e domicílio ou sede do requerente;
  - Número de identificação de pessoa coletiva (NIPC) ou número de identificação fiscal (NIF);
  - Identificação do diretor técnico;
  - Localização do estabelecimento onde é exercida a atividade;
- b) Fotocópia atualizada de Certidão da Conservatória do Registo Comercial ou o código de acesso à certidão permanente da sociedade no caso de sociedade comercial;

### **2. Outros documentos**

A Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil e/ou Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM, poderão solicitar outros documentos considerados fundamentais.

### **Local de entrega**

A apresentação dos documentos deverá ser formalizada mediante requerimento, 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, alterado pela Lei n.º 51/2014 e pelos Decretos-Leis n.ºs 5/2017, de 6 de janeiro, 26/2018, de 24 de abril e 112/2019 de 16 de agosto;
- Regulamento relativo às boas práticas de distribuição de medicamentos para uso humano, aprovado pela Deliberação do INFARMED, IP n.º 47/CD/2015.

- Minuta de **requerimento de alteração de meios de comunicação de autorização para o exercício da atividade de distribuição por grosso de medicamentos de uso humano**

Exmo. Senhor

Secretário Regional de Saúde e Proteção Civil

(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 de Saúde e Proteção Civil**) \_\_\_\_\_/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 da autorização, comunicar a V. Exa. a alteração do(s) seguinte(s) meios de comunicação (**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 eletrônico:**

Pede deferimento,

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

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

**Junto se anexa o seguinte documento:**

- Fotocópia atualizada de Certidão da Conservatória do Registo Comercial ou o código de acesso à certidão permanente da sociedade no caso de sociedade comercial.