

AVERBAMENTO DE DIRETOR TÉCNICO DE FARMÁCIA

1. Requisitos legais

- a) A direção técnica da farmácia é assegurada em permanência por farmacêutico diretor técnico, não podendo haver acumulação destas com quaisquer outras funções durante o horário de trabalho;
- b) O diretor técnico é independente, técnica e deontologicamente, no exercício das respetivas funções, da proprietária da farmácia, sem prejuízo das situações de identidade entre a propriedade e a direção técnica da farmácia;
- c) Compete à proprietária da farmácia a designação e a substituição do diretor técnico e do farmacêutico, ou dos farmacêuticos, que o substitua nas suas ausências e impedimentos;
- d) O diretor técnico e o farmacêutico, ou os farmacêuticos, que o substitua, deve ser comunicado pelo proprietário da farmácia através de requerimento dirigido ao Secretário Regional da Saúde, no prazo máximo de 10 dias após o início de funções, para efeitos de registo e averbamento no alvará;
- e) Tratando-se de instalação de nova farmácia a designação do diretor técnico e do farmacêutico, ou os farmacêuticos, que o substitua, deve preceder a abertura ao público da mesma;
- f) A cessação da função de diretor técnico de farmácia deve ser comunicada à Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil pela proprietária da farmácia;
- g) O exercício de funções de diretor técnico, ou de substituto deste, é incompatível com o exercício de qualquer das seguintes funções:
 - Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de titular de autorização de introdução de medicamentos no mercado;
 - Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de estabelecimentos de que se dediquem ao fabrico, distribuição por grosso ou importação paralela de medicamentos;
 - Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de serviços farmacêuticos hospitalares, públicos ou privados;

- Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de outra farmácia ou, quando não excecionado, de posto farmacêutico, ou de medicamentos, ou local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica;
- h) É da responsabilidade da proprietária a veracidade do teor das comunicações efetuadas relativamente às comunicações do diretor técnico ou do farmacêutico, ou farmacêuticos, que substituta o diretor técnico nas suas ausências e impedimentos;
- i) Os atos sujeitos a registo ou a averbamento no alvará de farmácia, constituem encargos dos requerentes. De acordo com a alínea e) do n.º 2 do artigo 28.º da Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro, é devido o pagamento de €150 pela análise de pedido de averbamento no alvará da direção técnica.

2. Documentos de instrução do processo

- a) Requerimento assinado e datado do proprietário da farmácia dirigido ao Secretário Regional de Saúde e Proteção Civil, a solicitar autorização para o registo da cessação da função do diretor técnico e para o averbamento do novo diretor técnico;
- b) Alvará da farmácia;
- c) Comunicação do diretor técnico que cessa funções dirigido ao de Saúde e Proteção Civil, a solicitar autorização para o registo da cessação da função;
- d) Declaração de incompatibilidades e termo de responsabilidade do farmacêutico que assume as funções de diretor técnico;
- e) Cópia atualizada da carteira profissional do farmacêutico que assume as funções de diretor técnico e declaração comprovativa da situação regularizada emitida pela Ordem dos Farmacêuticos;
- f) Certificado de registo criminal do farmacêutico que assume as funções de diretor técnico;
- g) Cópia do cartão de cidadão (CC) ou do bilhete de identidade (BI) e do número de identificação fiscal (NIF) do farmacêutico que assume as funções de diretor técnico;
- h) Comprovativo do pagamento de €150 de acordo com a alínea e) do n.º 2 do artigo 28.º da Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro, alterada pela Portaria n.º 3/2019, de 3 de janeiro, referente ao averbamento no alvará do diretor técnico.

Os documentos supracitados só serão aceites quando revistam a forma de original, documento autenticado ou fotocópia conferida com o original ou documento autenticado pelo funcionário que a receba.

3. 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.

4. Pagamentos

Os pagamentos podem ser efetuados por uma das seguintes formas:

- Entrega monetária no IASAÚDE, IP-RAM;
- Cheque dirigido ao IGCP;
- Transferência bancária através do IBAN PT50 0781 0112 01120014413 69, Instituto de Gestão do Crédito Público (IGCP).

5. Local de entrega

A apresentação dos documentos deverá ser formalizada mediante requerimento, dirigido ao Secretário Regional de Saúde e Proteção Civil, 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 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.ºs 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, alterada pela Portaria n.º 3/2019, de 3 de janeiro.

- Minuta de **Requerimento de averbamento de diretor técnico de farmácia**

Exmo. Senhor
Secretário Regional de Saúde e
Proteção Civil

(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. autorização para o registo da cessação da função de diretor(a) técnico(a) da Farmácia _____, do(a) farmacêutico(a) **Nome** _____, titular da Carteira Profissional n.º _____, emitida pela Ordem dos Farmacêuticos, registado(a) no INFARMED, IP com o n.º _____, com efeitos a partir de (**indicar a data**) _____ e do averbamento como diretor(a) técnico(a) da Farmácia _____, do(a) farmacêutico(a) **Nome** _____, titular da Carteira Profissional n.º _____, emitida pela Ordem dos

Farmacêuticos, registado(a) no INFARMED, IP com o n.º _____, com efeitos a partir de **(indicar a data)** _____.

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 __;
- Comunicação do diretor técnico que cessa funções dirigido ao Secretário Regional de Saúde e Proteção Civil, a solicitar autorização para o registo da cessação da função;
- Declaração de incompatibilidades e termo de responsabilidade do farmacêutico que assume as funções de diretor técnico;
- Cópia atualizada da carteira profissional do farmacêutico que assume as funções de diretor técnico e declaração comprovativa da situação regularizada emitida pela Ordem dos Farmacêuticos;
- Certificado de registo criminal do farmacêutico que assume as funções de diretor técnico;
- Cópia do cartão de cidadão (CC) ou do bilhete de identidade (BI) e do número de identificação fiscal (NIF) do farmacêutico que assume as funções de diretor técnico;
- Comprovativo do pagamento de €150 de acordo com a alínea e) do n.º 2 do artigo 28.º da Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro, alterada pela Portaria n.º 3/2019, de 3 de janeiro, referente ao averbamento no alvará do diretor técnico.

- Minuta de **Comunicação de cessação da função de diretor técnico de farmácia**

Exmo. Senhor

Secretário Regional de Saúde e
Proteção Civil

(**Nome completo**) _____, **BI/CC** n.º _____, emitido em _____, pelo arquivo de identificação de _____, validade _____, NIF _____, residente em (**endereço completo e código postal**) _____, telefone n.º _____, telemóvel n.º _____, licenciado(a) em _____, titular da Carteira Profissional n.º _____, emitida pela Ordem dos Farmacêuticos, registado(a) no INFARMED, IP com o n.º _____, vem solicitar a V. Exa. autorização para o registo da cessação da função de diretor(a) técnico(a) da Farmácia _____, com instalações sitas em (**endereço completo e código postal**) _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, propriedade de (**Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular/Denominação da sociedade conforme consta no registo comercial**) _____, com efeitos a partir de (**indicar a data**) _____.

Pede deferimento

_____, ____ de _____ de 20__

(Assinatura conforme BI/CC)

- Minuta de **Declaração de incompatibilidades e Termo de Responsabilidade de diretor técnico de farmácia**

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES E TERMO DE RESPONSABILIDADE

(Nome completo) _____, BI/CC n.º _____, emitido em _____, pelo arquivo de identificação de _____, validade _____, NIF _____, residente em **(endereço completo e código postal)** _____, telefone n.º _____, licenciado(a) em _____, titular da Carteira Profissional n.º _____, emitida pela Ordem dos Farmacêuticos, e registado(a) no INFARMED, IP com o n.º _____, declara, para todos os efeitos legais, que não exerce qualquer função incompatível com as exigências legais respeitantes as funções de diretor técnico que vai assumir na Farmácia _____, com instalações sitas em **(endereço completo e código postal)** _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, propriedade de **(Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular/Denominação da sociedade conforme consta no registo comercial)** _____, nomeadamente, declara não exercer qualquer das seguintes funções:

- Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de titular de autorização de introdução de medicamentos no mercado;
- Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de estabelecimentos de que se dediquem ao fabrico, distribuição por grosso ou importação paralela de medicamentos;
- Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de serviços farmacêuticos hospitalares, públicos ou privados;
- Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de outra farmácia ou, quando não excecionado, de posto farmacêutico, ou de medicamentos, ou local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica.

Mais declara, para todos os efeitos legais, assumir a responsabilidade das funções de diretor técnico de farmácia, comprometendo-se ao cumprimento de todas as normas legais em vigor,

com efeitos a partir de (**indicar a data**) _____.

_____, _____ de _____ de 20__

(Assinatura conforme BI/CC)