

PROCEDIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE LOCALIZAÇÃO DE FARMÁCIA

De acordo com o previsto no artigo 26.º do Decreto - Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, 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, o proprietário de farmácia pode, dentro do mesmo município, transferir a localização da farmácia, desde que observe as condições de funcionamento.

O artigo 2.º da Lei n.º 26/2001, de 16 de junho, estipula os pressupostos a verificar na transferência nos concelhos limítrofes.

A Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro, capítulo III - artigos 20.º a 25.º, regula a transferência de localização de farmácias.

O artigo 27.º da Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro, estipula que a transferência de localização de farmácia só pode ser efetuada após decorrido um período de cinco anos contado a partir da data da abertura da farmácia, independentemente de se tratar de abertura de nova farmácia, transformação de posto farmacêutico ou instalação de farmácia de acordo com o previsto na parte final da alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da mesma portaria.

1. Requisitos legais e prazos a observar pelo proprietário de farmácia que pretenda transferir a sua localização

- a) O proprietário de farmácia pode, dentro do mesmo município, transferir a localização da farmácia desde que observe as condições de funcionamento;
- b) O requerimento de transferência de localização de farmácia só pode ser efetuado após decorrido um período de cinco anos contado a partir da data da abertura da farmácia;
- c) A transferência de localização depende do cumprimento, cumulativamente, dos seguintes requisitos referentes às distâncias:
 - Distância mínima de 350 metros entre farmácias, contados em linha reta, dos limites exteriores das farmácias, incluindo as situadas em municípios limítrofes;

- Distância mínima de 100 metros entre a farmácia e uma extensão de saúde, um centro de saúde ou um estabelecimento hospitalar, contados em linha reta, dos respetivos limites exteriores, salvo em localidades com menos de 4.000 habitantes;
- d) Na apreciação do pedido de transferência da localização da farmácia são tidos em consideração os seguintes critérios:
- A necessidade de salvaguardar a acessibilidade das populações aos medicamentos, a sua comodidade, bem como a viabilidade económica da farmácia cuja localização o proprietário pretenda transferir;
 - A melhoria ou aumento dos serviços farmacêuticos de promoção de saúde e do bem-estar dos utentes;
- e) Sem prejuízo da observância das demais disposições, o requisito da distância mínima entre farmácias não é aplicável no caso de transferência dentro da mesma localidade, desde que:
- Seja previsível a melhoria da qualidade da assistência farmacêutica;
 - Não ocorra alteração da cobertura farmacêutica;
 - Os proprietários das farmácias situadas a distância inferior à definida como distância mínima entre farmácias declarem por escrito a sua não oposição, no caso de a transferência resultar numa maior proximidade geográfica entre a farmácia a transferir e as existentes;
 - A nova localização da farmácia respeite as áreas e divisões legalmente exigíveis para aqueles estabelecimentos;
- f) As farmácias situadas em municípios com uma capitação inferior à exigível para abertura de novas farmácias, podem transferir-se para concelhos limítrofes com capitação superior, desde que sejam observadas as condições de funcionamento e se verifiquem, cumulativamente, os seguintes pressupostos no município de origem:
- Existam farmácias a menos de 350 metros da farmácia que se pretende transferir;
 - A capitação nesse município não se torne superior à legalmente exigível para a abertura de novas farmácias;

- g) A autorização de transferência de farmácia está sujeita a parecer prévio da câmara municipal competente em razão do território. Quando desfavorável, o parecer da câmara municipal é vinculativo;
- h) Em simultâneo com a apresentação dos documentos, o proprietário da farmácia deve proceder ao pagamento de € 250 pela análise de documentos referentes ao procedimento de transferência de localização da farmácia;
- i) O proprietário da farmácia deve requerer a realização de uma vistoria às novas instalações, no prazo de seis (6) meses a contar da notificação de aptidão da proposta da nova localização da farmácia, podendo o prazo ser prorrogado por período não superior a cento e vinte (120) dias, mediante requerimento devidamente fundamentado;
- j) Em simultâneo com o pedido de vistoria às instalações da nova localização resultante de transferência de farmácia, o proprietário da farmácia deve proceder ao pagamento de € 600;
- k) Decorridos os prazos previstos sem que seja requerida a vistoria às novas instalações, caduca a autorização concedida para a transferência de localização da farmácia;
- l) Após ter sido notificado de que a farmácia cumpre as normas legais e regulamentares, o proprietário da farmácia deve proceder, no prazo de dez (10) dias, ao pagamento de € 350 referente à emissão do alvará da nova localização da farmácia;
- m) A farmácia deve abrir ao público, nas novas instalações, no prazo de vinte (20) dias a contar da receção do alvará, que lhe é remetido.

2. Documentos de instrução de processo para pedido de transferência de localização de farmácia

- a) Requerimento assinado e datado do proprietário da farmácia dirigido ao Secretário Regional da Saúde, a solicitar a transferência da localização da farmácia;
- b) Fotocópia do respetivo bilhete de identidade (BI) ou cartão de cidadão (CC) no caso de pessoa singular, ou fotocópia do contrato de sociedade e certidão da Conservatória do registo comercial ou código de acesso à certidão permanente do registo comercial da sociedade para consulta “on-line” no Portal da Empresa, no caso de uma sociedade comercial;

- c) Identificação da farmácia a transferir, incluindo o nome da rua e o número de polícia ou lote;
- d) Planta de localização do edifício ou fração para onde se pretende a transferência, à escala de 1:2000, incluindo o nome da rua, e o número de polícia, de lote, ou de indicação do prédio com projeto de construção licenciado, ou dele dispensado, que represente a área envolvente da farmácia numa distância de 350 metros contada dos limites exteriores da farmácia, emitida pelos respetivos serviços camarários ou outra entidade competente;
- e) Certidão camarária relativa ao preenchimento dos requisitos respeitantes à distância previstos nas alíneas b) e c) do n.º 1 do artigo 2.º da Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro;
- f) Demonstração do preenchimento dos critérios estabelecidos nas alíneas a) e b) do n.º 2 do artigo 26.º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto;
- g) Declaração(ões) prevista(s) na alínea c) do n.º 6 do artigo 26.º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto - Declaração por escrito dos proprietários das farmácias existentes, dentro da mesma localidade, situadas a distância inferior a 350 metros onde conste a sua não oposição - aplicável apenas no caso de a transferência resultar numa maior proximidade geográfica entre a farmácia a transferir e as existentes dentro da mesma localidade (se aplicável);
- h) Identificação do diretor técnico e de outro(s) farmacêutico(s), quando exigível, e declaração da Ordem dos Farmacêuticos das respetivas inscrições, bem como certidões do registo criminal, fotocópias do cartão de cidadão (CC) ou do bilhete de identidade (BI) e do número de identificação fiscal (NIF), da carteira profissional, declarações de incompatibilidade e termos de responsabilidade;
- i) Memória descritiva do edifício ou fração para onde se pretende a transferência, incluindo a descrição das instalações, das divisões e das respetivas áreas, conforme o estabelecido pela Deliberação n.º 1502/2014, do INFARMED, IP, publicada no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 145, de 30 de julho de 2014;
- j) Comprovativo do pagamento de €250, de acordo com a alínea b) do n.º 2 do artigo 28.º da Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro, referente à análise de pedido de documentos.

Caso o pedido seja para um concelho limítrofe acrescem os seguintes documentos:

Relativamente ao município de origem:

- k) Comprovativo de que existe uma farmácia a menos de 350 metros da farmácia que se pretende transferir;
- l) Comprovativo de que a capitação no município não se torne superior a 3500 habitantes após a transferência da farmácia;

Relativamente ao município de destino:

- m) Comprovativo de que a capitação é superior a 3500 habitantes por farmácia aberta ao público no município.

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. Alteração da designação da farmácia

Caso o proprietário da farmácia pretenda alterar a designação farmácia, deve solicitar a sua aprovação mediante envio de requerimento assinado e datado dirigido ao Secretário Regional da Saúde, com a indicação sucessiva e preferencial de três designações.

4. Requerimento de vistoria

O proprietário da farmácia, terminada a instalação, deve requerer à Secretaria Regional da Saúde a realização da vistoria das instalações, procedendo simultaneamente à entrega dos seguintes documentos:

- a) Requerimento assinado e datado do proprietário da farmácia dirigido ao Secretário Regional da Saúde, a solicitar a vistoria às instalações;
- b) Comprovativo do pagamento de €600, de acordo com a alínea c) do n.º 2 do artigo 28.º da Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro, referente à realização de vistoria às novas instalações;
- c) Fotocópia da licença de utilização emitida pela câmara municipal ou outra entidade competente, referente às novas instalações da farmácia.

5. Requerimento para emissão de alvará

Após ter sido notificado de que a farmácia cumpre as normas legais e regulamentares, o proprietário de farmácia deve proceder, ao pagamento referente à emissão de alvará

de nova localização da farmácia, no valor de € 350, no prazo de dez (10) dias, procedendo à entrega dos seguintes documentos:

- Requerimento assinado e datado do proprietário da farmácia dirigido ao Secretário Regional da Saúde, para a emissão do alvará das novas instalações;
- Comprovativo do pagamento de €350, de acordo com a alínea d) do n.º 2 do artigo 28.º da Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro, referente ao averbamento no alvará da nova localização da farmácia;
- Alvará da farmácia.

6. Outros documentos

A Secretaria Regional da Saúde e/ou Instituto de Administração da Saúde, poderão solicitar outros documentos ou esclarecimentos considerados indispensáveis.

7. 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).

8. 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 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;
- Declaração de Retificação n.º 79/2012, da Secretaria-Geral, de 20 de dezembro, publicada no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 249, de 26 de dezembro;
- Deliberação n.º 1502/2014, do INFARMED, IP publicada no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 145, de 30 de julho de 2014;
- Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto.

- Minuta de **Requerimento de transferência definitiva de localização 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 transferência definitiva da localização da Farmácia _____, para instalações sitas em (**rua, avenida, praça, largo, número de polícia, lote, prédio com projeto de construção licenciado, ou dele dispensado**) _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, de acordo com o artigo 20.º da Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro, enviando para o efeito, os documentos no mesmo artigo mencionados.

A transferência da localização da farmácia tem como fundamento (**apresentar a fundamentação, devendo observar o previsto nas alíneas a) e b) do n.º 2 do artigo 26.º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto**) _____.

Pede deferimento,

_____, ___ de _____ de 20__

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

Junto se anexam os seguintes documentos:

- Fotocópia do bilhete de identidade (BI) ou cartão de cidadão (CC), no caso de pessoa singular,
- Fotocópia do contrato de sociedade e certidão da Conservatória do registo comercial ou código de acesso à certidão permanente do registo comercial da sociedade para consulta “on-line” no Portal da Empresa, no caso de uma sociedade comercial;
- Identificação da farmácia a transferir, incluindo o nome da rua e o número de polícia ou lote;
- Planta de localização do edifício ou fração para onde se pretende a transferência, à escala de 1:2000, incluindo o nome da rua, e o número de polícia, de lote, ou de indicação do prédio com projeto de construção licenciado, ou dele dispensado, que represente a área envolvente da farmácia numa distância de 350 metros contada dos limites exteriores da farmácia, emitida pelos respetivos serviços camarários ou outra entidade competente;
- Certidão camarária relativa ao preenchimento dos requisitos respeitantes à distância previstos nas alíneas b) e c) do n.º 1 do artigo 2.º da Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro;
- Demonstração do preenchimento dos critérios estabelecidos nas alíneas a) e b) do n.º 2 do artigo 26.º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto;
- Declarações previstas na alínea c) do n.º 6 do artigo 26.º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto - Declaração por escrito dos proprietários das farmácias existentes, dentro da mesma localidade, situadas a distância inferior a 350 metros onde conste a sua não oposição - aplicável apenas no caso de a

transferência resultar numa maior proximidade geográfica entre a farmácia a transferir e as existentes dentro da mesma localidade (se aplicável);

- Fotocópia atualizada da carteira profissional do diretor técnico, emitida pela Ordem dos Farmacêuticos e declaração da Ordem dos Farmacêuticos da respetiva inscrição, comprovativa de situação regularizada, da qual conste o número da carteira profissional;
- Certificado de registo criminal do diretor técnico;
- Declaração de incompatibilidades e Termo de responsabilidade assinada pelo diretor técnico;
- Fotocópia do cartão de cidadão (CC) ou fotocópias do bilhete de identidade (BI) e do número de identificação fiscal (NIF) do diretor técnico;
- Fotocópia atualizada da carteira profissional do farmacêutico substituto, emitida pela Ordem dos Farmacêuticos e declaração da Ordem dos Farmacêuticos da respetiva inscrição, comprovativa de situação regularizada, da qual conste o número da carteira profissional, se aplicável;
- Certificado de registo criminal do farmacêutico substituto, se aplicável;
- Declaração de incompatibilidades e Termo de responsabilidade assinada pelo farmacêutico substituto, se aplicável;
- Fotocópia do cartão de cidadão (CC) ou fotocópias do bilhete de identidade (BI) e do número de identificação fiscal (NIF) do farmacêutico substituto, se aplicável;
- Memória descritiva do edifício ou fração para onde se pretende a transferência, incluindo a descrição das instalações, das divisões e das respetivas áreas, conforme o estabelecido pela Deliberação n.º 1502/2014, do INFARMED, IP, publicada no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 145, de 30 de julho de 2014;
- Comprovativo do pagamento de €250, de acordo com a alínea b) do n.º 2 do artigo 28.º da Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro, referente à análise de pedido de documentos.
- Requerimento de alteração da designação da farmácia, se aplicável.

Caso o pedido seja para um concelho limítrofe acrescem os seguintes documentos:

- Comprovativo de que no município de origem existe uma farmácia a menos de 350 metros da farmácia que se pretende transferir;
- Comprovativo de que a capitação no município de origem não se vai tornar superior a 3500 habitantes após a transferência da farmácia;
- Comprovativo de que a capitação no município de destino é superior a 3500 habitantes por farmácia aberta ao público no município.

- Minuta de **Identificação do diretor técnico e de outro (s) farmacêutico (s)**

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 __, no âmbito do pedido de transferência da localização da Farmácia _____, sita em (**endereço completo e código postal**) _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, para as instalações sitas em (**rua, avenida, praça, largo, número de policia, lote**) _____, freguesia de _____, concelho de _____, endereço eletrónico _____@_____, telefone n.º _____, telemóvel n.º _____, fax n.º _____, Região Autónoma da Madeira, comunica a V. Exa. que a farmácia possui como diretor(a) técnico(a) o(a) farmacêutico(a) (**nome do(a) diretor(a) técnico(a)**) _____, titular da carteira profissional n.º _____, emitida pela Ordem dos Farmacêuticos, registado(a) no INFARMED, IP com o n.º _____, e como farmacêutico(s) substituto(s) do(a) diretor(a) técnico(a) nas suas ausências e impedimentos, o(s) farmacêutico(s) (**nome do(s) farmacêutico(s) substituto(s)**) _____, titular(es) da carteira profissional n.º _____, emitida pela Ordem dos Farmacêuticos, registado(a) no INFARMED, IP com o n.º _____.

_____, ___ de _____ de 20__

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

- Minuta de **Declaração de incompatibilidades e Termo de Responsabilidade de diretor técnico de farmácia a transferir a sua localização**

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 assume 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**) _____, que pretende transferir a sua localização para as instalações sitas em (**rua, avenida, praça, largo, número de policia, lote**) _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, 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.

_____, ____ de _____ de 20__

(Assinatura conforme BI/CC)

- Minuta de **Declaração de incompatibilidades e Termo de Responsabilidade de farmacêutico substituto do diretor técnico de farmácia a transferir a sua localização**

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 atividade incompatível com as exigências legais respeitantes à função de farmacêutico substituto do diretor técnico nas suas ausências e impedimentos que assume 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**) _____, que pretende transferir a sua localização para as instalações sitas em (**rua, avenida, praça, largo, número de policia, lote**) _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, 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 farmacêutico substituto do diretor técnico de farmácia, comprometendo-se ao cumprimento de todas as normas legais em vigor.

_____, ____ de _____ de 20__

(Assinatura conforme BI/CC)

- Minuta de **Requerimento de alteração de designação de farmácia** (se aplicável)

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 no âmbito do pedido de transferência da localização da farmácia, solicitar a V. Exa. a alteração da designação da Farmácia _____ nas novas instalações sitas em **(endereço completo e código postal)** _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, 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)

- Minuta de **Declaração dos proprietários das farmácias existentes dentro da mesma localidade situadas a distância inferior a 350 metros de não oposição** (aplicável apenas no caso de a transferência resultar numa maior proximidade geográfica entre a farmácia a transferir e as existentes dentro da mesma localidade)

DECLARAÇÃO

(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 **domicílio⁽¹⁾/sede social⁽²⁾** sita em (**endereço completo e código postal**) _____, concelho _____, distrito de _____, aqui representada por (**no caso de sociedade**) _____, na qualidade de (**quem obriga a sociedade**) _____, NIF _____, endereço eletrónico _____@_____, telefone n.º _____, telemóvel n.º _____, proprietário(a) da Farmácia _____, com o Alvará n.º _____, de __ de __ de _____, com instalações sitas em _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, declara para todos os efeitos legais, que tomou conhecimento e não se opõe à transferência para uma distância inferior a 350 metros contados em linha reta dos limites exteriores entre a sua farmácia identificada supra e as instalações sitas em _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, para as quais se pretende transferir a Farmácia _____, sita em _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira.

_____, ____ de _____ de 20__

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

- Minuta de **Requerimento de alteração da planta e memória descritiva** a apresentar após autorização de transferência das instalações de farmácia (se aplicável)

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 ____, vem no âmbito do pedido de transferência da localização da farmácia autorizado em __ de __ de ____, solicitar a V. Exa. a aprovação da alteração da planta e memória descritiva das novas instalações da farmácia, sitas em _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira.

Pede deferimento,

_____, __ de _____ de 20__

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

Junto se anexam os seguintes documentos:

- Planta e memória descritiva das instalações da farmácia para aprovação.

- Minuta de **Requerimento de prorrogação do prazo para realização de vistoria às novas instalações de farmácia autorizada a transferir a sua localização** (se aplicável)

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 ____, vem no âmbito do pedido de transferência da localização da farmácia autorizado, solicitar a V. Exa. a prorrogação do prazo de seis meses para requerer a vistoria às novas instalações da farmácia, sitas em _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, por um período de (**indicar o período, não superior a 120 dias**) _____, nos termos do n.º 2 do artigo 23.º, da Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro.

O pedido de prorrogação do prazo fundamenta-se _____, (**apresentar a devida fundamentação do pedido, com a junção dos documentos que houver**).

Pede deferimento,

_____, __ de _____ de 20__

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

- Minuta de **Requerimento de vistoria às novas instalações de farmácia a transferir a sua localização** a apresentar no prazo de seis meses a contar da decisão de aptidão, quando terminada a instalação da 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 ____, vem solicitar a V. Exa. a vistoria às novas instalações da farmácia, sitas em _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira.

Pede deferimento,

_____, __ de _____ de 20__

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

Junto se anexam os seguintes documentos:

- Comprovativo do pagamento de €600, de acordo com a alínea c) do n.º 2 do artigo 28.º da Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro, referente à realização de vistoria às novas instalações;
- Fotocópia da licença de utilização emitida pela câmara municipal/ outra entidade competente.

- Minuta de **Requerimento para emissão de alvará das novas instalações de farmácia a transferir a sua localização** a apresentar após notificação de que a farmácia cumpre as normas legais e regulamentares

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 ____, vem solicitar a V. Exa. a emissão do alvará das novas instalações da farmácia, sitas em _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira.

Pede deferimento,

_____, __ de _____ de 20__

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

Junto se anexam os seguintes documentos:

- Comprovativo do pagamento de €350, de acordo com a alínea d) do n.º 2 do artigo 28.º da Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro, referente ao averbamento no alvará da nova localização da farmácia;
- Alvará da Farmácia _____, n.º __/RAM, de __ de __ de __.