

**PROCEDIMENTO PARA AVERBAMENTO DE TRANSMISSÃO DA
PROPRIEDADE DE FARMÁCIA POR CESSÃO DE QUOTAS OU AÇÕES,
INCLUINDO ATOS QUE ALTEREM A TITULARIDADE DAS
PARTICIPAÇÕES SOCIAIS**

1. Requisitos Legais

O regime jurídico das farmácias de oficina encontra-se estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, adaptado à Região Autónoma de Madeira pelo Decreto Legislativo Regional n.º 25/2009/M, de 14 de agosto, regulamentado pela Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro.

1.1. Proprietárias de Farmácias

- a) Podem ser proprietárias de farmácias pessoas singulares ou sociedades comerciais;
- b) São obrigatoriamente nominativas as ações representativas do capital das sociedades comerciais proprietárias de farmácias, bem como das que participem, direta ou indiretamente, no capital das sociedades proprietárias de farmácias;
- c) As entidades do setor social da economia podem ser proprietárias de farmácias desde que cumpram o disposto no Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, e demais normas regulamentares que o concretizam, bem como o regime fiscal aplicável às pessoas coletivas referidas na supramencionada alínea a).

Limites

- a) Nenhuma pessoa singular ou sociedade comercial pode deter ou exercer, em simultâneo, direta ou indiretamente, a propriedade, a exploração ou a gestão de mais de quatro farmácias;
- b) Para o preenchimento do limite referido na alínea anterior são consideradas as concessões de farmácias de dispensa de medicamentos ao público nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Incompatibilidades

Não podem deter ou exercer, direta ou indiretamente, a propriedade, a exploração ou a gestão de farmácias:

- a) Profissionais de saúde prescritores de medicamentos;

- b) Associações representativas das farmácias, das empresas de distribuição grossista de medicamentos ou das empresas da indústria farmacêutica, ou dos respectivos trabalhadores;
- c) Empresas de distribuição grossista de medicamentos;
- d) Empresas da indústria farmacêutica;
- e) Empresas privadas prestadoras de cuidados de saúde;
- f) Subsistemas que participam no preço dos medicamentos.

Propriedade, exploração ou gestão indiretas

Considera-se que uma pessoa detém a propriedade, a exploração ou a gestão indireta de uma farmácia quando a mesma seja detida, explorada ou gerida:

- a) Por outras pessoas ou entidades, em nome próprio ou alheio, mas por conta daquela, designadamente através de gestão de negócios ou contrato de mandato;
- b) Por sociedades que com ela se encontrem em relação de domínio ou de grupo.

1.2. Trespasse, cessão de exploração, sucessão *mortis causa* e outras situações transitórias

- a) As farmácias não podem ser trespasadas nem a respetiva exploração ser cedida antes de decorridos cinco anos, a contar do dia da respetiva abertura ao público, na sequência de concurso público, salvo as situações devidamente justificadas, considerando-se motivos justificados, designadamente:
 - A morte da proprietária;
 - A incapacidade da proprietária;
 - A partilha de bens por divórcio ou separação judicial da proprietária;
 - A declaração de insolvência da proprietária.
- b) O trespasse e a cessão de exploração devem observar forma escrita;
- c) Falecida a proprietária da farmácia, se algum dos seus herdeiros não puder ser proprietário, os mesmos dispõem do prazo de um ano para requererem inventário ou procederem à adjudicação ou alienação da mesma a favor de quem possa ser seu proprietário, sob pena de caducidade do alvará, procedendo-se, entretanto, ao averbamento transitório da farmácia a favor dos herdeiros, em comum e sem determinação de parte ou direito;

- d) O preceituado na alínea anterior é aplicável com as necessárias adaptações no caso de partilha de bens por divórcio ou separação judicial da proprietária;
- e) A alteração da propriedade da farmácia está sujeita a comunicação, no prazo de 30 dias a contar da data da respetiva alteração, mediante declaração assinada pelo proprietário averbado em alvará, bem como pelo novo proprietário, com as assinaturas reconhecidas presencialmente por entidade legalmente habilitada, para efeitos de averbamento em alvará, sendo da responsabilidade dos declarantes a veracidade do teor das referidas declarações;
- f) Nos casos em que não seja possível a subscrição da declaração referida no número anterior pelo proprietário averbado em alvará, designadamente por morte do mesmo, morte do sócio, insolvência ou decisão judicial, entre outros, a declaração é subscrita por entidade com poderes para o efeito;
- g) A Secretaria Regional da Saúde dispõe de um prazo de 60 dias contado da comunicação referida na alínea e) para notificar os subscritores da declaração da decisão quanto ao averbamento no alvará de alteração da propriedade;
- h) A caducidade do alvará ocorre se decorridos dois anos após o termo do prazo referido na alínea c), sem que tenha ocorrido a adjudicação ou alienação da farmácia a favor de quem possa ser seu proprietário;
- i) Os atos sujeitos a registo ou a averbamento no alvará de farmácia constituem encargos dos requerentes. De acordo com a alínea d) do n.º 2 do artigo 28.º da Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro, é devido o pagamento de €350 pela análise de qualquer pedido de registo ou averbamento no alvará, resultantes da alteração da propriedade da farmácia ou das participações sociais na sociedade proprietária da farmácia.

2. Averbamento no alvará

A alteração da propriedade da farmácia é comunicada no prazo de 30 dias a contar da respetiva alteração, mediante declaração assinada pelo proprietário averbado em alvará, com as assinaturas reconhecidas presencialmente por entidade legalmente habilitada, para efeitos de averbamento em alvará, sendo da responsabilidade dos declarantes a veracidade do teor das referidas declarações.

2.1. Documentos de instrução do processo

- a) Requerimento assinado e datado pela proprietária da farmácia dirigido ao Secretário Regional da Saúde, a solicitar o averbamento no alvará da farmácia por cessão de quotas ou ações, incluindo atos que alterem a titularidade das participações sociais;
- b) Declaração de alteração de propriedade com assinaturas reconhecidas presencialmente por entidade legalmente habilitada para efeitos de averbamento em alvará;
- c) Cópia atualizada da 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;
- d) No caso de se tratar de sociedade anónima deverá ser remetido documento comprovativo de que o capital social é representado por ações nominativas, bem como identificação completa de todos os titulares (Portaria n.º 290/2000, de 25 de maio);
- e) Declaração negativa de incompatibilidades da sociedade proprietária e de todos os sócios da sociedade;
- f) Alvará da farmácia;
- g) 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 à análise de pedido de averbamento no alvará.

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 da Saúde e/ou Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM, poderão solicitar outros documentos ou esclarecimentos considerados indispensáveis.

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 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.

- Minuta de **Requerimento de averbamento de transmissão da propriedade de farmácia por cessão de quotas ou ações, incluindo atos que alterem a titularidade das participações sociais**

Exmo. Senhor

Secretário Regional da Saúde

(Entidade Proprietária -- Denominação social conforme consta no registo comercial) _____, NIPC _____, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de _____, com o código de acesso à certidão permanente n.º _____, com sede social 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 _____, vem solicitar a V. Exa. o averbamento no Alvará n.º __/RAM, de __ de __ de ____, da Farmácia _____, com instalações sitas em (**endereço completo e código postal**) _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, telefone n.º _____, telemóvel n.º _____, fax n.º _____, com o endereço eletrónico _____@_____, propriedade de _____, cujos sócios são (**Nome em caso de pessoa singular⁽¹⁾/Denominação social conforme consta no registo comercial⁽²⁾**) _____, BI/CC⁽¹⁾ n.º _____, emitido em _____, pelo arquivo de identificação de _____, validade _____, NIF⁽¹⁾/NIPC⁽²⁾ _____, (**em caso de sociedade identificar todos os sócios**).

Mais transmite o endereço eletrónico para o qual devem ser enviadas as comunicações do INFARMED,IP: _____@_____.

Pede deferimento,

_____, __ de _____ de 20__

(Assinatura (s), de quem obriga a sociedade, conforme BI/CC)

Junto se anexam os seguintes documentos:

- Declaração de alteração de propriedade com assinaturas reconhecidas presencialmente por entidade legalmente habilitada;
- Cópia atualizada da 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;
- Declaração negativa de incompatibilidades da sociedade proprietária e de todos os sócios da sociedade;
- Alvará da farmácia;
- No caso de se tratar de sociedade anónima: comprovativo de que o capital social é representado por ações nominativas, bem como identificação completa de todos os titulares (Portaria n.º 290/2000, de 25 de maio);
- 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 à análise de pedido de averbamento no alvará.

- Minuta de **Declaração de Alteração da Propriedade da Farmácia**

Exmo. Senhor

Secretário Regional da Saúde

(Entidade Proprietária averbada em alvará – Denominação social conforme consta no registo comercial) _____, NIPC _____, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de _____, com o código de acesso à certidão permanente n.º _____, com sede social 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 _____, averbado (a) em Alvará da Farmácia n.º __/RAM, de __ de __ de _____, com instalações sitas em **(endereço completo e código postal)** _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, declara a transmissão de participações sociais de **(Nome completo do anterior sócio⁽¹⁾ ou acionista⁽¹⁾ ou 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⁾** _____, a favor de **(Nome completo do novo sócio⁽¹⁾ ou acionista⁽¹⁾ ou 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 _____, sob o n.º _____, com o código de acesso à certidão permanente n.º _____, por **(indicar o título do documento)** _____, datado de _____.

É da responsabilidade dos mencionados declarantes a veracidade do teor da presente declaração.

_____, __ de _____ de 20__

(Assinatura (s), de quem obriga a sociedade, conforme BI/CC)¹

¹ Assinatura(s) reconhecida(s) presencialmente por entidade legalmente habilitada para efeitos de averbamento em alvará

- Minuta de **Declaração negativa de incompatibilidades da sociedade proprietária e de todos os sócios da sociedade**²

DECLARAÇÃO NEGATIVA DE INCOMPATIBILIDADES

(Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular⁽¹⁾/Denominação social 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 _____, declara sob compromisso de honra, cumprir as obrigações decorrentes ao exercício da atividade estabelecidas pelo Decreto - Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, adaptado à Região Autónoma da Madeira pelo Decreto Legislativo Regional n.º 25/2009/M, de 14 de agosto, regulamento pela Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro, nomeadamente do preenchimento dos requisitos previstos nos artigos 15.º e 16.º do Decreto - Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, pelo que declara que não se encontra impedido nos seguintes termos:

² Deve ser apresentada a declaração da sociedade e uma declaração de cada sócio

- Declara não ser uma pessoa singular nem sociedade comercial que detém ou exerce, em simultâneo, direta ou indiretamente, a propriedade, a exploração ou a gestão de mais de quatro farmácias;
- Declara não ser profissional de saúde prescriptor de medicamentos;
- Declara não ser uma associação, uma pessoa coletiva ou candidato em nome individual em representação de uma associação representativa das farmácias, das empresas de distribuição grossista de medicamentos ou das empresas da indústria farmacêutica, ou dos respetivos trabalhadores;
- Declara não ser uma empresa de distribuição grossista de medicamentos, uma pessoa coletiva ou candidato em nome individual em representação de uma empresa de distribuição grossista de medicamentos;
- Declara não ser uma empresa da indústria farmacêutica, uma pessoa coletiva ou candidato em nome individual em representação de uma empresa da indústria farmacêutica;
- Declara não ser uma empresa privada prestadora de cuidados de saúde, uma pessoa coletiva ou candidato em nome individual em representação de uma empresa privada prestadora de cuidados de saúde;
- Declara não ser um subsistema que participa no preço dos medicamentos, uma pessoa coletiva ou candidato em nome individual em representação de um subsistema que participa nos preços dos medicamentos.

_____, __ de _____ de 20__

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