

PROCEDIMENTO PARA OBTENÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE AQUISIÇÃO DIRETA DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO PARA O NORMAL EXERCÍCIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE E FAZER FACE A EVENTUAIS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA POR PARTE DE CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS MÉDICOS

Clínicas ou consultórios médicos: unidades de saúde privadas que prossigam atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento médico e reabilitação, independentemente da forma jurídica e da designação adotadas, conforme se encontra estabelecido no artigo 2.º da Portaria n.º 287/2012, de 20 de setembro, alterada pela Portaria n.º 136-B/2014, de 23 de julho.

1. Requisitos legais

- a) De acordo com o disposto na alínea e), n.º 1, do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, os fabricantes, importadores ou distribuidores por grosso, só podem vender determinado medicamento a entidades públicas ou privadas a quem haja sido concedido, por razões fundamentadas de saúde pública ou para permitir o normal exercício da sua atividade, uma autorização de aquisição direta do medicamento em questão, desde que seja assegurado o acompanhamento individualizado dos lotes e adotadas as medidas cautelares adequadas;
- b) As clínicas e consultórios médicos enquanto unidades prestadoras de cuidados de saúde, carecem de uma autorização de aquisição direta de medicamentos no âmbito do desenvolvimento e exercício normal das suas atividades e para fazer face a eventuais situações de emergência;
- c) A [Deliberação do INFARMED, IP n.º 97/CD/2014, de 30 de julho](#), veio definir os requisitos para obtenção de autorização de aquisição direta de medicamentos, constantes da lista de substâncias ativas da referida deliberação, por parte de clínicas e consultórios médicos no âmbito do desenvolvimento e exercício normal das suas atividades e para fazer face a situações de emergência;
- d) A Deliberação do INFARMED, IP n.º 97/CD/2014, de 30 de julho, estabelece que as autorizações de aquisição direta a clínicas e consultórios médicos dependem do cumprimento dos seguintes requisitos:
 - Licenciamento de Funcionamento da instalação previamente concedido à entidade que requer a autorização;As clínicas e consultórios médicos que não detenham Licença de Funcionamento serão excecional e provisoriamente autorizadas à aquisição direta de medicamentos aos

fabricantes, importadores e distribuidores por grosso, por um período de 6 meses, desde que façam prova do pedido de vistoria, no âmbito do licenciamento da atividade;

- Responsável técnico (farmacêutico ou médico, com inscrição válida na respetiva Ordem Profissional), que assegure o acompanhamento individualizado e a rastreabilidade dos lotes dos medicamentos para consumo nas clínicas e consultórios médicos, assim como o adequado manuseamento e acondicionamento dos medicamentos e proceder ao envio de alertas de segurança e de qualidade ao INFARMED, IP, de forma expedita;
 - Existência de procedimentos que assegurem todas as atividades inerentes ao circuito de medicamentos, incluindo registos de lotes e prazos de validade, devidamente assinados pelo responsável técnico;
 - Existência de condições de transporte dos medicamentos de forma a não colocar em causa a qualidade, segurança e eficácia dos mesmos;
 - Instalações com área de armazenagem que garanta a qualidade dos medicamentos, designadamente de temperatura e humidade, com dimensões que permitam o adequado manuseamento e acondicionamento dos medicamentos, nos termos do disposto no Regulamento relativo às boas práticas de distribuição de medicamentos para uso humano;
 - Por razões de Saúde Pública, dispor de meios de transmissão eletrónica de dados, notificados ao INFARMED, IP, que permitam a receção expedita de alertas de segurança e de qualidade enviados pelo INFARMED, IP, no âmbito do Sistema Nacional de Farmacovigilância e do Sistema Europeu de Alertas de Qualidade;
 - Os medicamentos adquiridos no âmbito das autorizações concedidas ao abrigo da Deliberação do INFARMED, IP n.º 97/CD/2014, de 30 de julho, não poderão ser cedidos ou vendidos aos doentes;
 - A utilização dos medicamentos deve realizar-se tendo em conta, cumulativamente, as habilitações dos profissionais que os manuseiam e os conhecimentos técnicos adequados à sua administração, os requisitos para o seu uso e o cumprimento das exigências e recomendações que constam no respetivo Resumo das Características do Medicamento (RCM);
 - A autorização de aquisição direta de medicamentos a conceder a clínicas e consultórios médicos, será restrita à lista de medicamentos anexa à Deliberação do INFARMED, IP n.º 97/CD/2014, de 30 de julho.
- e) No caso das clínicas e consultórios médicos pretenderem adquirir medicamentos contendo estupefacientes e substâncias psicotrópicas e seus preparados, constantes da lista da

Deliberação do INFARMED, IP n.º 97/CD/2014, de 30 de julho, necessitam de uma autorização ao abrigo do disposto no Decreto - Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, e do Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, ambos na sua redação atual;

- f) Na Região Autónoma da Madeira, compete à Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil conceder as autorizações de aquisição direta de medicamentos de uso humano a clínicas e consultórios médicos, desde que estejam reunidas cumulativamente as seguintes condições estipuladas pela Deliberação do INFARMED, IP n.º 97/CD/2014, de 30 de julho.

2. Documentos de instrução do processo

2.1 Autorização de aquisição direta de medicamentos constantes da lista de substâncias ativas (DCI) da Deliberação do INFARMED, IP n.º 97/CD/2014, de 30 de julho, aditada pela Deliberação do INFARMED, IP n.º 63/CD/2016, de 25 de agosto, por clínicas e consultórios médicos:

- a) Requerimento devidamente assinado e datado dirigido ao Secretário Regional de Saúde e Proteção Civil, a solicitar autorização para aquisição direta dos medicamentos de uso humano constantes da lista de substâncias ativas da Deliberação do INFARMED, IP n.º 97/CD/2014, de 30 de julho, aos fabricantes, importadores ou distribuidores por grosso, 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 responsável pelo serviço médico;
 - Identificação do responsável técnico pelos medicamentos;
 - Identificação das instalações;
- b) Fotocópia do cartão de cidadão (CC) ou do bilhete de identidade (BI), no caso de pessoa singular;
- c) Fotocópia atualizada da Certidão da Conservatória do Registo Comercial, ou código de acesso à certidão permanente da sociedade, no caso de sociedade comercial;
- d) Fotocópia do cartão de cidadão (CC) ou do número de identificação fiscal (NIF) no caso de pessoa singular ou número de identificação de pessoa coletiva (NIPC), no caso de sociedade comercial;
- e) Fotocópia do Regulamento Interno da entidade;

- f) Fotocópia da licença de funcionamento emitida pela Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil para o exercício da atividade;
- g) Termo de responsabilidade e declaração de incompatibilidades do responsável técnico pelos medicamentos;
- h) Fotocópia atualizada da carteira profissional do responsável técnico pelos medicamentos, emitida pela Ordem dos Médicos ou dos Farmacêuticos e declaração da Ordem dos farmacêuticos comprovativa de situação regularizada da qual conste o número da carteira profissional;
- i) Fotocópia do cartão de cidadão ou do bilhete de identidade (BI) e do número de identificação fiscal (NIF) do responsável técnico pelos medicamentos.

2.2 Autorização de aquisição de medicamentos estupefacientes e substâncias psicotrópicas constantes da lista de substâncias ativas da Deliberação do INFARMED, IP n.º 97/CD/2014, de 30 de julho, por clínicas e consultórios médicos:

- a) Requerimento devidamente assinado e datado dirigido ao Secretário Regional de Saúde e Proteção Civil, a solicitar autorização para aquisição direta de medicamentos de uso humano, constantes da lista de substâncias ativas estupefacientes e psicotrópicas da Deliberação do INFARMED, IP n.º 97/CD/2014, de 30 de julho, aos fabricantes, importadores ou distribuidores por grosso, 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 responsável pelo serviço médico;
 - Identificação do responsável técnico pelos medicamentos;
 - Identificação das instalações;
- b) Fotocópia do(s) cartão(ões) de cidadão (CC) ou do(s) bilhete(s) de identidade (BI) do(s) membro(s) do Conselho de Administração ou do(s) gerente(s) da sociedade (de quem obriga a sociedade);
- c) Certificados dos registos criminais dos membros do Conselho de Administração ou do(s) gerente(s) da sociedade (de quem obriga a sociedade), onde conste o fim a que se destina “mercado lícito de estupefacientes/substâncias psicotrópicas”;
- d) Certificado de registo criminal responsável técnico, onde conste o fim a que se destina: “mercado lícito de estupefacientes/substâncias psicotrópicas”;

- e) Termo de responsabilidade e declaração de incompatibilidades do responsável técnico pelos de medicamentos de uso humano estupefacientes / substâncias psicotrópicas;
- f) Documentos mencionados no ponto 2.1 (caso os mesmos nunca tenham sido entregues ou não se encontrem atualizados).

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.

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 176/2006, 30 de agosto, alterado e republicado pelos Decretos-Lei n.ºs 20/2013, de 14 de fevereiro e 128/2013, de 5 de setembro, alterado pela lei n.º 51/2014, de 25 agosto, e pelos Decretos-Lei n.º 5/2017, de 6 de janeiro, 26/2018, de 24 de abril e 112/2019, de 16 de agosto;
- Deliberação do INFARMED, IP n. 97/CD/2014, de 30 de julho;
- Deliberação do INFARMED, IP n.º 63/CD/2016, de 25 de agosto;
- Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, alterado e republicado pela Lei n.º 18/2009, de 11 de maio, alterado pelas Leis n.ºs 13/2012, de 26 de março, 22/2014, de 28 de abril, 77/2014 de 11 de novembro e 7/2017 de 2 de março;

- Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, alterado e republicado pelo Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de outubro;
- Portaria n.º 981/98, de 18 de setembro;
- 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 autorização para aquisição direta de medicamentos de uso humano constantes da lista de substâncias ativas da Deliberação do INFARMED, IP n.º 97/CD/2014, de 30 de julho, aditada pela Deliberação do INFARMED, IP n.º 63/CD/2016, de 25 de agosto, por parte de clínicas e consultórios médicos**

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 de _____, 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 _____, licenciada pela Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil para o exercício da(s) atividade(s) **(indicar a(s) atividade(s) e classificação)** _____, nas 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 _____, vem requerer a V. Exa. autorização para adquirir diretamente aos fabricantes, importadores ou distribuidores por grosso, os medicamentos de uso humano constantes da lista de substâncias ativas (DCI) da Deliberação do INFARMED, IP n.º 97/CD/2014, de 30 de julho, aditada pela Deliberação do INFARMED, IP n.º 63/CD/2016, de 25 de agosto, para o próprio consumo, no âmbito do normal exercício da sua atividade de prestador de cuidados de saúde e para fazer face a eventuais situações de emergência.

A clínica / o consultório médico _____ é uma unidade de saúde privada, dispondo de serviço médico, tendo como médico responsável o(a) Dr.(a). _____, titular da carteira profissional n.º _____, emitida pela Ordem dos Médicos.

O responsável técnico pelos medicamentos é o(a) Dr.(a). _____, **médico / farmacêutico**, titular da carteira profissional n.º _____, emitida pela Ordem dos **Médicos / Farmacêuticos e registado no INFARMED, IP com o n.º (caso o responsável seja farmacêutico)** _____, que se responsabiliza pelos medicamentos, para o próprio consumo, assegurando o acompanhamento

individualizado e a rastreabilidade dos respetivos lotes, assim como o adequado manuseamento e acondicionamento dos mesmos, e o cumprimento de todas as normas legais em vigor.

Considerando as razões de Saúde Pública, no âmbito do Sistema Nacional de Farmacovigilância e do sistema europeu de alertas de qualidade, **a clínica / o consultório** médico dispõe dos meios de transmissão eletrónica de dados, para o efeito de receção expedita de alertas de segurança e de qualidade enviados pelo INFARMED, IP possuindo o seguinte endereço eletrónico _____@_____.

Pede deferimento

_____, ____ de _____ de 20__

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

Junto se anexam os seguintes documentos:

- Fotocópia do cartão de cidadão ou do bilhete de identidade (BI), no caso de pessoa singular;
- Fotocópia atualizada da Certidão da Conservatória do Registo Comercial, ou código de acesso à certidão permanente da sociedade, no caso de sociedade comercial;
- Fotocópia do cartão de cidadão (CC) ou do número de identificação fiscal (NIF) no caso de pessoa singular ou número de identificação de pessoa coletiva (NIPC), no caso de sociedade comercial;
- Fotocópia do Regulamento Interno da entidade;
- Fotocópia da licença de funcionamento emitida pela Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil para o exercício da atividade;
- Termo de responsabilidade e declaração de incompatibilidades do responsável técnico pelos medicamentos;
- Fotocópia atualizada da carteira profissional do responsável médico pelos medicamentos, emitida pela Ordem dos Médicos ou dos Farmacêuticos e declaração da Ordem dos Farmacêuticos comprovativa da situação regularizada da qual conste o número da carteira profissional;
- Fotocópia do cartão de cidadão (CC) ou do bilhete de identidade (BI) e do número de identificação fiscal (NIF) do responsável técnico pelos medicamentos.

- Minuta de **Termo de responsabilidade e declaração de incompatibilidades do responsável técnico pelos medicamentos**

TERMO DE RESPONSABILIDADE E DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES

(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 **Médicos / Farmacêuticos, registado no INFARMED, IP com o N.º (caso o responsável seja farmacêutico)** _____, declara para todos os efeitos legais, que se responsabiliza pelos medicamentos, assegurando o acompanhamento individualizado e a rastreabilidade dos lotes dos medicamentos, assim como o adequado manuseamento e acondicionamento dos mesmos, e proceder ao envio de alertas de segurança e de qualidade ao INFARMED, IP constantes da lista de substâncias ativas (DCI) da Deliberação do INFARMED, IP n.º 97/CD/2014, de 30 de julho, aditada pela Deliberação do INFARMED, IP n.º 63/CD/2016, de 25 de agosto, adquiridos diretamente aos fabricantes, importadores ou distribuidores por grosso, para o próprio consumo no âmbito do exercício normal da sua atividade de prestador de cuidados de saúde e fazer face a eventuais situações de emergência, nos termos do disposto na mesma deliberação, **da clínica / do consultório** médico, com instalações sitas em (**endereço completo e código postal**) _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, licenciado pela Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil para o exercício da(s) atividade(s) (**indicar a(s) atividade(s) e classificação**) _____, pertencente a (**Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular(1)/Denominação da sociedade conforme consta no registo comercial(2)**), comprometendo-se ao cumprimento de todas as normas legais em vigor.

Mais declara que não exerce qualquer atividade incompatível com as exigências legais respeitantes à função da responsabilidade técnica que assume, solicitando o respetivo averbamento.

_____, ____ de _____ de 20 ____

(Assinatura conforme BI/CC)

- Minuta de **Requerimento de autorização para aquisição direta de medicamentos estupefacientes e substâncias psicotrópicas constantes da lista de substâncias ativas da Deliberação do INFARMED, IP n.º 97/CD/2014, de 30 de julho, por parte de clínicas e consultórios médicos**

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 código de acesso à certidão permanente n.º _____, com **domicílio⁽¹⁾/sede social⁽²⁾** sita em (**endereço completo e código postal**) _____, concelho de _____, 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 _____, fax n.º _____, licenciada pela Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil para o exercício da(s) atividade(s) (**indicar a(s) atividade(s) e classificação**) _____, nas 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 _____, vem requerer a V. Ex.^a autorização para adquirir diretamente aos fabricantes, importadores ou distribuidores por grosso, medicamentos de uso humano estupefacientes e substâncias psicotrópicas constantes da lista de substâncias ativas (DCI) da Deliberação do INFARMED, IP n.º 97/CD/2014, de 30 de julho, para o próprio consumo, no âmbito do exercício normal da sua atividade de prestação de cuidados de saúde e fazer face a eventuais situações de emergência, nos termos do disposto na mesma deliberação, ao abrigo do disposto no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, e no artigo 6.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, de harmonia com o artigo 88.º deste diploma, quanto à aplicação à Região Autónoma da Madeira.

A clínica / o consultório médico é uma unidade de saúde privada disposta de serviço médico, tendo como médico responsável **o(a) Dr.(a)**. _____, titular da carteira profissional n.º _____, emitida pela Ordem dos Médicos.

O responsável técnico pelos medicamentos é o(a) **Dr.(a)**. _____, **médico / farmacêutico**, titular da carteira profissional n.º _____, emitida pela Ordem dos **Médicos / Farmacêuticos e registado(a) no INFARMED, IP com o n.º (caso o responsável seja farmacêutico) _____**.

Considerando as razões de Saúde Pública, no âmbito do Sistema Nacional de Farmacovigilância e do sistema europeu de alertas de qualidade, **a clínica / o consultório** médico dispõe dos meios de transmissão eletrónica de dados, para o efeito de receção expedita de alertas de segurança e de qualidade enviados pelo INFARMED, IP tendo o seguinte endereço eletrónico _____@_____.

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(s) cartão(ões) de cidadão (CC) ou do(s) bilhete(s) de identidade (BI) do(s) membro(s) do Conselho de Administração ou do(s) gerente(s) da sociedade (de quem obriga a sociedade);
- Certificados dos registos criminais dos membros do Conselho de Administração ou do(s) gerente(s) da sociedade (de quem obriga a sociedade), onde conste o fim a que se destina “mercado lícito de estupefacientes/substâncias psicotrópicas”;
- Certificado de registo criminal responsável técnico, onde conste o fim a que se destina: “mercado lícito de estupefacientes/substâncias psicotrópicas”;
- Termo de responsabilidade e declaração de incompatibilidades do responsável técnico pelos medicamentos de uso humano estupefacientes e substâncias psicotrópicas.

São necessários também os documentos seguintes, no caso dos mesmos nunca terem sido entregues ou se encontrarem desatualizados:

- Fotocópia atualizada da Certidão da Conservatória do Registo Comercial, ou código de acesso à certidão permanente da sociedade e do número de identificação de pessoa coletiva (NIPC), no caso de sociedade comercial;
- Fotocópia do Regulamento Interno da entidade;
- Fotocópia da licença de funcionamento emitida pela Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil para o exercício da atividade.

- Minuta de **Termo de responsabilidade e declaração de incompatibilidades do responsável técnico pelos medicamentos estupefacientes e substâncias psicotrópicas constantes da lista de substâncias ativas da Deliberação do INFARMED, IP n.º 97/CD/2014, de 30 de julho**

TERMO DE RESPONSABILIDADE E DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES

(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 **Médicos / Farmacêuticos, registado(a) no INFARMED, IP com o n.º (caso o responsável seja farmacêutico)** _____, declara para todos os efeitos legais, que se responsabiliza pelos medicamentos de uso humano estupefacientes e substâncias psicotrópicas constantes da lista de substâncias ativas (DCI) de da Deliberação do INFARMED, IP n.º 97/CD/2014, de 30 de julho, e das tabelas I a IV, anexas ao Decreto - Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, para o próprio consumo, no âmbito do exercício normal da atividade de prestação de cuidados de saúde e fazer face a eventuais situações de emergência, bem como assegura o acompanhamento individualizado e a rastreabilidade dos lotes dos medicamentos, assim como o adequado manuseamento e acondicionamento dos mesmos, responsabilizando-se pela elaboração, conservação e manutenção atualizada de todos os registos relativos aos estupefacientes, e substâncias psicotrópicas, cuja autorização de aquisição direta pertence **à clínica / ao consultório** médico, com instalações sitas em (**endereço completo e código postal**) _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, licenciada(o) pela Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil para o exercício da(s) atividade(s) (**indicar a(s) atividade(s) e classificação**) _____, pertencente a (**Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular⁽¹⁾/Denominação da sociedade conforme consta no registo comercial⁽²⁾**), comprometendo-se ao cumprimento de todas as normas legais em vigor.

Mais declara que não exerce qualquer atividade incompatível com as exigências legais respeitantes à responsabilidade técnica que assume, solicitando o respetivo averbamento.

_____, _____ de _____ de 20 ____

(Assinatura conforme BI/CC)

**Movimentos de Entradas de Medicamentos por parte da Unidade Privada
prestadora de Cuidados de Saúde**

Data de Entrada	Medicamento (DCI)	Prazo de Validade	Lote	Stock	Assinatura do Responsável Técnico
__ / __ / __					
__ / __ / __					
__ / __ / __					

**Movimentos de Saídas de Medicamentos por parte da Unidade Privada
prestadora de Cuidados de Saúde**

Data de Saída	Medicamento (DCI)	Intervenção	Stock	Assinatura do Responsável Técnico
__ / __ / __		- Administração <input type="checkbox"/> - Prazo de Validade Expirado <input type="checkbox"/> - Outra <input type="checkbox"/>		
__ / __ / __		- Administração <input type="checkbox"/> - Prazo de Validade Expirado <input type="checkbox"/> - Outra <input type="checkbox"/>		

*In Página do INFARMED. IP
<http://www.infarmed.pt>*