

## **Procedimento para cancelamento de autorização para aquisição direta de medicamentos de uso humano**

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

- a) Requerimento devidamente assinado e datado dirigido ao Secretário Regional de Saúde e Proteção Civil, a solicitar o cancelamento da autorização para adquirir diretamente aos produtores, grossistas e importadores, medicamentos de uso humano para uso exclusivo dos doentes internados, 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 de contribuinte (NIF);
  - Identificação do responsável pelo serviço médico;
  - Identificação do responsável pelo serviço farmacêutico;
  - Localização do estabelecimento onde é exercida a atividade.
- b) Fotocópia atualizada da Certidão da Conservatória do Registo Comercial ou código de acesso à certidão permanente da sociedade no caso de sociedade comercial;
- c) Documento original da autorização de aquisição direta de medicamentos de uso humano.

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.

### **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, 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

- Minuta de **Requerimento para cancelamento de autorização para aquisição direta de medicamentos de uso humano**

Exmo. Senhor

Secretário Regional da 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 o n.º \_\_\_\_\_, com **domicílio<sup>(1)</sup>/sede social<sup>(2)</sup>** 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 \_\_\_\_\_, e que tem como responsável pelos serviços farmacêuticos é o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, titular da carteira profissional n.º \_\_\_\_\_, emitida pela Ordem dos Farmacêuticos, e registado(a) no INFARMED, IP com o n.º \_\_\_\_\_ detentora de autorização n.º \_\_\_\_\_, para adquirir diretamente aos produtores, grossistas e importadores medicamentos de uso humano, para uso exclusivo dos doentes internados, vem requerer a V. Ex.<sup>a</sup> o cancelamento da referida autorização, com o fundamento **(indicar o motivo do pedido de cancelamento)** \_\_\_\_\_, bem como cancelamento do averbamento do responsável técnico pelos medicamentos de uso humano, Dr.(a). \_\_\_\_\_, licenciado(a) em \_\_\_\_\_, titular da carteira profissional n.º \_\_\_\_\_, emitida pela Ordem dos **Médicos Farmacêuticos, e registado(a) no INFARMED, IP com o n.º** \_\_\_\_\_, com efeitos a partir de **(indicar a data)** \_\_\_\_\_.

Relativamente ao destino dos medicamentos informa-se que **(informar qual o destino a dar aos medicamentos)** \_\_\_\_\_.

Pede deferimento

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

---

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

Junto se anexa o seguinte documento:

- Fotocópia atualizada da Certidão da Conservatória do Registo Comercial ou código de acesso à certidão permanente da sociedade no caso de sociedade comercial;
- Documento original da autorização de aquisição direta de medicamentos de uso humano.