

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⁽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 o 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 _____, 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.^a 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.