**PROCEDIMENTO PARA CANCELAMENTO DO REGISTO DE LOCAL DE VENDA DE MEDICAMENTOS NÃO SUJEITOS A RECEITA MÉDICA**

1. **Documentos de instrução do processo**

a) Requerimento assinado e datado do proprietário do Local de Venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) dirigido ao Diretor Regional da Saúde, a solicitar o cancelamento do registo de local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica;

b) Declaração onde conste a listagem dos consumos dos medicamentos não sujeitos a receita médica referente aos últimos doze meses;

c) Guia de devoluções dos medicamentos aos armazenistas, ou motivo justificativo para a não devolução.

1. **Local de entrega**

A apresentação dos documentos deverá ser formalizada mediante requerimento, dirigido ao Diretor Regional da Saúde, podendo ser entregue diretamente no Solar dos Remédios, 9701-855 Angra do Heroísmo, mediante recibo comprovativo de entrega, ou remetido por correio eletrónico - sres-drs@azores.gov.pt, e nesse caso, os originais, deverão ser enviados por correio com aviso de receção.

1. **Para esclarecimentos de dúvidas contactar:**

Direção Regional da Saúde – Direção de Serviços de Cuidados de Saúde – Divisão de Prestação de Cuidados de Saúde e Licenciamentos; Tel. 295 204 200; E-mail: sres-drs@azores.gov.pt.

**Minuta de Requerimento para cancelamento do registo de local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)**

 Exmo. Senhor Diretor Regional da Saúde

(**Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular(1)/Denominação da**

**sociedade conforme consta no registo comercial(2)**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CC n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, validade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, NIF(1)/NIPC(2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com o código de acesso à certidão permanente n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com domicilio(1)/sede social(2) sita em (**endereço completo e código postal**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, concelho \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, endereço eletrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telemóvel n.º

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cujos **gerentes/administradores** são (**identificar todos os indivíduos que obrigam a sociedade**) **Nome(s)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CC n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, validade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, NIF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aqui representada por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na qualidade de (**quem obriga a sociedade/procurador/outra**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, NIF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, proprietário(a) do local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com a designação \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, registo n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com instalações sitas em (**endereço completo e código postal**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, freguesia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Região Autónoma dos Açores, endereço eletrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telemóvel n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que tem como responsável técnico(a) **o(a) farmacêutico(a) / técnico(a) de farmácia** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com a **carteira profissional / cédula profissional** n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, emitida pela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem requerer a V. Exa. o cancelamento do registo do local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) supra identificado, com o encerramento definitivo a partir de (**indicar data**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Pede deferimento,

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Junto se anexam os seguintes documentos:

* Declaração onde conste a listagem dos consumos dos medicamentos não sujeitos a receita médica referente aos últimos doze meses;
* Guia de devoluções dos medicamentos aos armazenistas, ou motivo justificativo para a não devolução.