**PROCESSO DE CANCELAMENTO DE CERTIFICADO DE REGULARIDADE DA APRESENTAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DA ATIVIDADE DE DISTRIBUIÇÃO POR GROSSO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**

1. **Documentos de instrução do processo**
2. Requerimento relativo ao cancelamento de certificado de regularidade da apresentação da notificação para o exercício da atividade de distribuição por grosso de dispositivos médicos conforme minuta em anexo, assinado por quem obriga a sociedade;
3. Pedido de cancelamento do(a) Responsável Técnico(a);
4. Cópia da certidão permanente do registo comercial;
5. Original do certificado.
6. **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 Prestação de Cuidados de Saúde – Divisão de Prestação de Cuidados de Saúde e Licenciamentos; Tel. 295 204 200; E-mail: sres-drs@azores.gov.pt.

1. **Legislação aplicável**

Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho

Minuta para orequerimento relativo ao **cancelamento de certificado de regularidade da apresentação da notificação para o exercício da atividade de distribuição por grosso de dispositivos médicos**

 Exmo. Senhor Diretor Regional da Saúde

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Nome completo da pessoa singular ou Denominação da sociedade requerente conforme consta da certidão da Conservatória do Registo Comercial)**, NIF/NIPC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conforme consta do cartão de identificação fiscal/ certidão permanente do registo comercial, com sede social em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **(morada completa e código postal)**, aqui representada pelo(a) Exmo(a). Senhor(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com poderes para o ato, tendo como Responsável Técnico(a) o/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(nome completo)**, portador(a) da carteira profissional n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emitida pela Ordem dos Farmacêuticos (se aplicável), contribuinte n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com estabelecimento de distribuição situado em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (morada completa com código postal), para o qual foi emitido o certificado n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(indicar o n.º do certificado de regularidade)**, vem pelo presente solicitar a V. Exª o cancelamento de certificado de regularidade da apresentação da notificação para o exercício da atividade de distribuição por grosso de dispositivos médicos, por motivo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Pede deferimento

Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Assinatura(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Assinado por quem obriga a sociedade)**

Minuta relativa ao **requerimento para cancelamento de responsável técnico**

Exmo. Senhor Diretor Regional da Saúde

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(nome completo conforme documento de identificação)**, portador(a) da carteira profissional n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, emitida pela Ordem dos Farmacêuticos (se aplicável), NIF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem requerer a V. Exa. o seu cancelamento da função de responsável técnico da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(identificação da entidade requerente)**, com sede social em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(morada completa e código postal)**, e com estabelecimento de distribuição sito em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(morada completa e código postal),** titular de certificado n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(indicar o n.º do certificado)**, com efeitos à data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Pede deferimento

(Data): \_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

(Assinatura): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Assinatura conforme o documento de identificação)**

Junto se anexam os seguintes documentos:

* Cópia da certidão permanente do registo comercial;
* Original do certificado.