**PROCESSO DE CANCELAMENTO DE RESPONSÁVEL TÉCNICO DE DISTRIBUIÇÃO POR GROSSO/FABRICO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**

1. **Documentos de instrução do processo**

Requerimento relativo ao cancelamento de responsável técnico da atividade de distribuição por grosso/fabrico de dispositivos médicos, conforme minuta em anexo

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](mailto: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](mailto:sres-drs@azores.gov.pt).

1. **Legislação aplicável**

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

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 xx/DM **(indicar o n.º do certificado)**, com efeitos à data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Pede deferimento

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

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

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