

PROCEDIMENTO PARA AVERBAMENTO DE DISSOLUÇÃO, FUSÃO, TRANSFORMAÇÃO DE SOCIEDADE COMERCIAL

1. Requisitos Legais

O regime jurídico das farmácias de oficina encontra-se estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, na sua redação atual, adaptado à Região Autónoma dos Açores pelo Decreto Legislativo Regional n.º 6/2011/A, de 10 de março, alterado e republicado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 29/2012/A, de 26 de junho.

1.1. Proprietárias de Farmácias (Artigo 15.º)

- a) Podem ser proprietárias de farmácias pessoas singulares, sociedades comerciais ou entidades do setor social da economia;
- b) Nas sociedades comerciais em que o capital social é representado por ações, estas são obrigatoriamente nominativas;
- c) As entidades do setor social da economia podem ser proprietárias de farmácias, desde que cumpram o disposto no Decreto Legislativo Regional n.º 6/2011/A, de 10 de março, na sua atual redação, bem como o regime fiscal aplicável às pessoas coletivas referidas na supramencionada alínea a).

Limites (Artigo 16.º)

- a) Nenhuma pessoa singular, sociedade comercial ou entidade do setor social da economia pode deter ou exercer, em simultâneo, direta ou indiretamente, a propriedade, a exploração ou a gestão de mais de três farmácias;
- b) Para o preenchimento do limite referido no número anterior são consideradas as concessões de farmácias de dispensa de medicamentos ao público nos hospitais do Serviço Regional de Saúde.

Incompatibilidades (Artigo 17.º)

Não podem deter ou exercer, direta ou indiretamente, a propriedade, a exploração ou a gestão de farmácias:

- a) Profissionais de saúde prescritores de medicamentos;
- b) Associações representativas das farmácias, das empresas de distribuição grossista de medicamentos ou das empresas da indústria farmacêutica, ou dos respetivos trabalhadores;
- c) Empresas de distribuição grossista de medicamentos;
- d) Empresas da indústria farmacêutica;
- e) Empresas privadas prestadoras de cuidados de saúde;
- f) Subsistemas que participam no preço dos medicamentos.

Propriedade, exploração ou gestão indiretas (Artigo 18.º)

Considera-se que uma pessoa detém a propriedade, a exploração ou a gestão indireta de uma farmácia quando a mesma seja detida, explorada ou gerida:

- a) Por outras pessoas ou entidades, em nome próprio ou alheio, mas por conta daquela, designadamente através de gestão de negócios ou contrato de mandato;
- b) Por sociedades que com ela se encontrem em relação de domínio ou de grupo.

1.2. Venda, Trespasse, arrendamento e cessão de exploração (Artigo 19.º)

- a) As farmácias não podem ser vendidas, trespassadas ou arrendadas nem a respetiva exploração ser cedida antes de decorridos cinco anos, a contar do dia da respetiva abertura, na sequência de concurso público, salvo as situações devidamente justificadas, considerando-se motivos justificativos, designadamente:

- A morte da proprietária;

- A incapacidade da proprietária;
 - A partilha de bens por divórcio ou separação judicial da proprietária;
 - A declaração de insolvência da proprietária.
- b) A venda, o trespasse, o arrendamento e a cessão de exploração devem observar forma escrita;
- c) A alteração da propriedade da farmácia está sujeita a comunicação, no prazo de 30 dias a contar da data da respetiva alteração, mediante declaração assinada pelo proprietário averbado no alvará, bem como pelo novo proprietário, com as assinaturas reconhecidas presencialmente por entidade legalmente habilitada, para efeitos de averbamento no alvará, sendo da responsabilidade dos declarantes a veracidade do teor das referidas declarações;
- d) Os atos praticados pelo departamento da administração regional autónoma competente em matéria de saúde, ao abrigo do Decreto Legislativo Regional n.º 6/2011/A, de 10 de março, na sua atual redação, constituem encargos dos concorrentes ou requerentes e o respetivo pagamento é condição de prosseguimento dos procedimentos. De acordo com o n.º 2 do artigo 54.º-C do presente diploma legal, é devido o pagamento de 75 euros pela análise de documentos e de 500 euros pelo averbamento no alvará (propriedade, exploração/gestão indireta, direção técnica, ónus sujeito a averbamento, posto farmacêutico – Portaria n.º 76/2012, de 6 de julho).

2. Averbamento no alvará

A alteração da propriedade da farmácia está sujeita a comunicação, no prazo de 30 dias a contar da data da respetiva alteração, mediante declaração assinada pelo proprietário averbado no alvará, bem como pelo novo proprietário, com as assinaturas reconhecidas presencialmente por entidade legalmente habilitada, para efeitos de averbamento no alvará, sendo da responsabilidade dos declarantes a veracidade do teor das referidas declarações.

2.1. Documentos de instrução do processo

- a) Requerimento assinado e datado pela proprietária da farmácia dirigido ao Diretor Regional da Saúde, a solicitar o averbamento no alvará da farmácia por dissolução, fusão ou transformação da sociedade comercial;
- b) Declaração de alteração de propriedade com assinaturas reconhecidas presencialmente por entidade legalmente habilitada para efeitos de averbamento no alvará;
- c) Cópia atualizada da certidão da Conservatória do Registo Comercial ou código de acesso à certidão permanente do registo comercial da sociedade para consulta “on-line” no Portal da Empresa;
- d) No caso de se tratar de sociedade anónima deverá ser remetido documento comprovativo de que o capital social é representado por ações nominativas, bem como identificação completa de todos os titulares (Portaria n.º 290/2000, de 25 de maio);
- e) Declaração negativa de incompatibilidades da sociedade proprietária e de todos os sócios da sociedade;
- f) Alvará da farmácia;
- g) Comprovativo do pagamento de 575 euros, de acordo com as alíneas b) e e) do n.º 2 do artigo 54.º-C do Decreto Legislativo Regional n.º 6/2011/A, de 10 de março, na sua redação atual, referente à análise de documentos e averbamento no alvará, respetivamente.

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.

3. Outros documentos

A Direção Regional da Saúde poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos considerados indispensáveis.

4. Pagamentos

Os pagamentos podem ser efetuados por uma das seguintes formas:

- Cheque dirigido à DROT;
- Transferência bancária através do IBAN PT50 0018 0008 0693 0977 0206 8.

5. 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.

6. Para esclarecimento de dúvidas contactar:

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

7. Legislação aplicável:

- Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, na sua redação atual, adaptado à Região Autónoma dos Açores pelo Decreto Legislativo Regional n.º 6/2011/A, de 10 de março, alterado e republicado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 29/2012/A, de 26 de junho;

- Portaria n.º 76/2012, de 6 de julho.



- Minuta de **Requerimento para averbamento de alteração da propriedade de farmácia por dissolução, fusão ou transformação da sociedade comercial**

Exmo. Senhor Diretor Regional da Saúde

(Entidade Proprietária – Denominação social conforme consta no registo comercial) _____, NIPC _____,

matriculada na Conservatória do Registo Comercial de _____, com o código de acesso à certidão permanente n.º _____, com sede social sita em _____
(endereço completo e código postal)

_____,
concelho _____, endereço eletrónico _____,
_____, telefone n.º _____, telemóvel _____,

_____, cujos **gerentes/administradores** são **(identificar todos os indivíduos que obrigam a sociedade)** Nome(s) _____

_____, BI/CC n.º _____, validade _____, NIF _____, aqui representada por _____,

_____, na qualidade de **(quem obriga a sociedade/procurador/outra)** _____, NIF _____, vem

solicitar a V. Exa. o averbamento no Alvará n.º _____, de ___ de ___ de _____, da Farmácia _____, com instalações sitas em **(endereço completo e código postal)** _____,

freguesia de _____, concelho _____, telefone n.º _____, telemóvel n.º _____,

_____, cujos sócios são **(Nome em caso de pessoa singular⁽¹⁾/Denominação social conforme consta no registo comercial⁽²⁾)** _____, BI/CC⁽¹⁾ n.º _____,

_____, NIF⁽¹⁾/NIPC⁽²⁾ _____, matriculada na

Conservatória do Registo Comercial de _____, sob o n.º _____, com o código de acesso à certidão permanente n.º _____, com **domicílio⁽¹⁾/sede social⁽²⁾** sita em (**endereço completo e código postal**) _____, (**em caso de sociedade identificar todos os sócios**) _____.

Pede deferimento,

_____, ____ de _____ de 20 ____

(Assinatura(s), de quem obriga a sociedade, conforme BI/CC)

Junto se anexam os seguintes documentos:

- Declaração de alteração de propriedade com assinaturas reconhecidas presencialmente por entidade legalmente habilitada;
- Cópia atualizada da certidão da Conservatória do Registo Comercial ou código de acesso à certidão permanente do registo comercial da sociedade para consulta “on-line” no Portal da Empresa;
- Declaração negativa de incompatibilidades da sociedade proprietária e de todos os sócios da sociedade;
- Alvará da farmácia;
- No caso de se tratar de sociedade anónima: comprovativo de que o capital social é representado por ações normativas, bem como identificação completa de todos os titulares (Portaria n.º 290/2000, de 25 de maio);

- Comprovativo do pagamento de 575 euros, de acordo com as alíneas b) e e) do n.º 2 do artigo 54.º-C do Decreto Legislativo Regional n.º 6/2011/A, de 10 de março, na sua redação atual, referente à análise de documentos e averbamento no alvará, respetivamente.



- Minuta de **Declaração de Alteração da Propriedade da Farmácia**

Exmo. Senhor Diretor Regional da Saúde

(Entidade Proprietária averbada em alvará – Denominação social conforme consta no registo comercial) _____,
NIPC _____, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de _____, com o código de acesso à certidão permanente n.º _____, com sede social sita em **(endereço completo e código postal)** _____,
concelho _____, endereço eletrónico _____, telefone n.º _____, telemóvel _____, cujos **gerentes/administradores são (identificar todos os indivíduos que obrigam a sociedade)** Nome(s) _____, BI/CC n.º _____, validade _____, NIF _____, aqui representada por _____, na qualidade de **(quem obriga a sociedade/procurador/outra)** _____, NIF _____, averbado (a) em Alvará da Farmácia n.º _____, de ___ de ___ de _____, com instalações sitas em **(endereço completo e código postal)** _____,
freguesia de _____, concelho _____, declara ter ocorrido a dissolução/fusão/transformação da sociedade comercial _____, NIPC _____, por **(indicar o título do documento)** _____, datado de ___ de ___ de _____.

É da responsabilidade dos mencionados declarantes a veracidade do teor da presente declaração.

_____, ____ de _____ de 20 ____

(Assinatura(s) de quem obriga a sociedade, conforme BI/CC)¹

¹ Assinatura(s) reconhecida(s) presencialmente por entidade legalmente habilitada para efeitos de averbamento em alvará

- Minuta de **Declaração negativa de incompatibilidades da sociedade proprietária e de todos os sócios da sociedade²**



(Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular⁽¹⁾/ Denominação social conforme consta no registo comercial⁽²⁾)

_____, BI/CC⁽¹⁾

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 **domicílio⁽¹⁾/sede**

social⁽²⁾ sita em **(endereço completo e código postal)**

concelho _____, endereço eletrónico

_____, telefone n.º _____, telemóvel

_____, cujos **gerentes/administradores** são **(identificar todos os**

indivíduos que obrigam a sociedade) Nome(s)

_____, BI/CC n.º _____, validade

_____, NIF _____, aqui representada por

_____, na qualidade de **(quem obriga a**

sociedade/procurador/outra) _____, NIF _____,

proprietário(a) da Farmácia _____ detentora do Alvará n.º _____, de _____, de

_____ de _____, com instalações sitas em **(endereço completo e código postal)**

freguesia de _____, concelho _____,

endereço eletrónico _____, telefone n.º _____, telemóvel n.º

_____, declara sob compromisso de honra, cumprir as obrigações

decorrentes do exercício da atividade estabelecidas pelo Decreto-Lei n.º 307/2007, de

31 de agosto, na sua redação atual, adaptado à Região Autónoma dos Açores pelo

Decreto Legislativo Regional n.º 6/2011/A, de 10 de março, alterado e republicado pelo

Decreto Legislativo Regional n.º 29/2012/A, de 26 de junho,

² Deve ser apresentada a declaração da sociedade e uma declaração de cada sócio

pelo que declara que não se encontra impedido nos seguintes termos:

- Declara não ser uma pessoa singular nem sociedade comercial que detém ou exerce, em simultâneo, direta ou indiretamente, a propriedade, a exploração ou a gestão de mais de três farmácias;
- Declara não ser profissional de saúde prescriptor de medicamentos;
- Declara não ser uma associação, uma pessoa coletiva ou candidato em nome individual em representação de uma associação representativa das farmácias, das empresas de distribuição grossista de medicamentos ou das empresas da indústria farmacêutica, ou dos respetivos trabalhadores;
- Declara não ser uma empresa de distribuição grossista de medicamentos, uma pessoa coletiva ou candidato em nome individual em representação de uma empresa de distribuição grossista de medicamentos;
- Declara não ser uma empresa da indústria farmacêutica, uma pessoa coletiva ou candidato em nome individual em representação de uma empresa da indústria farmacêutica;
- Declara não ser uma empresa privada prestadora de cuidados de saúde, uma pessoa coletiva ou candidato em nome individual em representação de uma empresa privada prestadora de cuidados de saúde;
- Declara não ser um subsistema que comparticipa no preço dos medicamentos, uma pessoa coletiva ou candidato em nome individual em representação de um subsistema que comparticipa nos preços dos medicamentos.

_____, ____ de _____ de 20 ____

(Assinatura(s) de quem obriga a sociedade, conforme BI/CC)