**PROCEDIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE LOCALIZAÇÃO DE FARMÁCIA**

De acordo com o previsto no n.º 4 do artigo 26.º do Decreto Legislativo Regional n.º 6/2011/A, de 10 de março, alterado e republicado pela Decreto Legislativo Regional n.º 29/2012/A, de 26 de junho (Regime Jurídico das Farmácias de Oficina nos Açores) a transferência da localização da farmácia depende de averbamento em alvará.

Dispõe o n.º 1 do artigo 27.º - S do citado diploma, que o proprietário de farmácia pode, dentro do mesmo município, transferir a localização da farmácia, desde que observe as condições de funcionamento e os requisitos legalmente previstos.

1. **Requisitos legais e prazos a observar pelo proprietário de farmácia que pretenda transferir a sua localização:**
* O proprietário de farmácia pode, dentro do mesmo município, transferir a localização da farmácia, desde que observe as condições de funcionamento (cfr. n.º 1 do artigo 27.º - S);
* O requerimento de transferência de localização de farmácia só pode ser efetuado após decorrido um período de cinco anos contado a partir da data da abertura da farmácia (cfr. n.º 2 do artigo 27.º - S);
* A transferência de localização depende do cumprimento, cumulativamente, dos seguintes requisitos referentes às distâncias:
1. Distância mínima de 250 metros entre farmácias, contados em linha reta, dos limites exteriores das farmácias, incluindo as situadas em municípios limítrofes (cfr. alínea b) do n.º 1 do artigo 27.º);
2. Distância mínima de 250 metros entre a farmácia e uma extensão de saúde, um centro de saúde ou um estabelecimento hospitalar, contados em linha reta, dos respetivos limites exteriores, salvo em localidades com menos de 3.000 habitantes (cfr. alínea c) do n.º 1 do artigo 27.º).
* Em simultâneo com a apresentação dos documentos, o proprietário da farmácia deve proceder ao pagamento de 75 € pela análise de documentos referentes ao procedimento de transferência de localização de farmácia, conforme dispõe a alínea b) do n.º 2 do artigo 54.º - C.
1. **Documentos de instrução de processo para pedido de transferência de localização de farmácia (cfr. artigo 27.º - T):**
2. Requerimento assinado e datado do proprietário da farmácia dirigido ao Diretor Regional da Saúde, a solicitar a transferência da localização da farmácia;
3. Fotocópia do respetivo Bilhete de Identidade (BI) ou Cartão de Cidadão (CC) no caso de pessoa singular, ou fotocópia do contrato de sociedade e 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, no caso de uma sociedade comercial;
4. Identificação da farmácia a transferir, incluindo o nome da rua e o número de polícia ou lote;
5. Planta de localização do edifício ou fração para onde se pretende a transferência, à escala de 1:2000, incluindo o nome da rua, e o número de polícia, de lote, ou de indicação do prédio com projeto de construção licenciado, ou dele dispensado, que represente a área envolvente da farmácia numa distância de 250 metros contada dos limites exteriores da farmácia, emitida pelos respetivos serviços camarários ou outra entidade competente;
6. Certidão camarária relativa ao preenchimento dos requisitos respeitantes à distância previstos nas alíneas b) e c) do n.º 1 do artigo 27.º;
7. Demonstração do preenchimento dos critérios estabelecidos nas alíneas a) e b) do n.º 2 do artigo 26.º;
8. Identificação do diretor técnico e do farmacêutico substituto, quando aplicável, e declaração da Ordem dos Farmacêuticos das respetivas inscrições, bem como certidões do registo criminal, fotocópias do Bilhete de Identidade (BI) ou do Cartão de Cidadão (CC) e do Número de Identificação Fiscal (NIF), da carteira

profissional, declarações de incompatibilidade e termos de responsabilidade e da restante dotação de pessoal;

1. Memória descritiva do edifício ou fração para onde se pretende a transferência, incluindo a descrição das instalações, das divisões e das respetivas áreas, conforme o estabelecido na Portaria n.º 76/2012, de 6 de julho de 2012;
2. Comprovativo do pagamento da quantia de 75 € pela análise dos documentos do procedimento de transferência de localização de farmácia, conforme dispõe a alínea b) do n.º 2 do artigo 54.º - C.
3. **Decisão de aptidão ou inaptidão do local**

A Direção Regional da Saúde analisa os documentos referidos no ponto anterior, decide no prazo de 30 dias a contar da respetiva apresentação, sobre a aptidão ou inaptidão do local, do espaço e da dotação de pessoal para a abertura ao público da nova farmácia e notifica o proprietário da farmácia (cfr. artigo 27.º - U).

A Direção Regional da Saúde decide pela inaptidão do local para a nova localização da farmácia quando (cfr. artigo 27.º - W):

* Não preencha os requisitos previstos nas alíneas b) e c) do n.º 1 do artigo 27.º, bem como o critério de interesse público estabelecido na parte final do n.º 1 do artigo 27.º - A;
* O edifício ou fração para onde se pretende a transferência não disponha das áreas mínimas exigidas, conforme dispõe a Portaria n.º 76/2012 de 6 de julho de 2012;
* O pedido de transferência seja apresentado em dia posterior a outro pedido e as novas localizações da farmácia distem menos de 250 metros entre si.
1. **Requerimento de vistoria**

O proprietário da farmácia, terminada a instalação, deve requerer à Direção Regional da Saúde a realização da vistoria das instalações, no prazo de um ano a contar da decisão de aptidão referida no artigo 27.º - U, procedendo simultaneamente à entrega dos seguintes documentos:

1. Requerimento assinado e datado do proprietário da farmácia dirigido ao Diretor Regional da Saúde, a solicitar a vistoria às instalações;
2. Comprovativo do pagamento da quantia de 500 €, conforme dispõe a alínea c) do n.º 2 do artigo 54.º - C, pela vistoria às instalações;
3. Cópia da licença de utilização emitida pela câmara municipal ou outra entidade competente, referente às novas instalações da farmácia;
4. Alvará da farmácia.

O prazo para a realização da vistoria pode ser prorrogado por período até um ano, mediante requerimento, devidamente fundamentado (cfr. n.ºs 1 e 2 do artigo 27.º - X).

A vistoria requerida é realizada no prazo de 30 dias (cfr. n.º 3 do artigo 27.º - X).

Decorridos os prazos previstos sem que seja requerida a vistoria às novas instalações, cessa o direito de proceder à instalação da farmácia.

Após ter sido notificado de que a farmácia cumpre as normas legais e regulamentares, no prazo de 10 dias, o proprietário de farmácia deve proceder ao pagamento de 500 € para que a Direção Regional da Saúde averbe a nova localização da farmácia no respetivo alvará (cfr. n.º 3 do artigo 27.º - X e alínea e) do n.º 2 do artigo 54.º - C).

A farmácia deve abrir ao público, nas novas instalações, no prazo de 20 dias úteis a contar do averbamento da nova localização no alvará (cfr. n.º 5 do artigo 27.º - X).

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.

1. **Outros documentos**

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

1. **Pagamentos**

Os pagamentos podem ser efetuados por uma das seguintes formas:

* Cheque à ordem da Direção Regional do Orçamento e do Tesouro;

- Transferência bancária através do IBAN PT50 0018 0008 0693 0977 0206 8.

**7. 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 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.

1. **Legislação aplicável:**

- Decreto Legislativo Regional n.º 6/2011/A, de 10 de março, alterado e republicado pela Decreto Legislativo Regional n.º 29/2012/A, de 26 de junho (Regime Jurídico das Farmácias de Oficina nos Açores);

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

* Minuta de **Requerimento de Transferência de Localização de Farmácia de Oficina**

Exmo. Senhor Diretor Regional da Saúde

(**Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular**(1)/**Denominação da sociedade 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 n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, NIF\_\_\_ \_\_\_\_ , proprietário(a) da Farmácia , detentora do Alvará n.º , de \_\_\_\_de de , vem solicitar a V. Exa. a transferência de localização da Farmácia \_\_\_ , sita em (**endereço completo e código postal**) \_\_, freguesia de , concelho de , para as instalações sitas em (**rua, avenida, praça, largo, número de polícia, lote, prédio com projeto de construção licenciado, ou dele dispensado**) \_ , freguesia de , concelho de , de acordo com o artigo 27.º - T do Decreto Legislativo Regional n.º 6/2011/A, de 10 de março, alterado e republicado pela Decreto Legislativo Regional n.º 29/2012/A, de 26 de junho, enviando para o efeito, os documentos no mesmo artigo mencionados. A transferência da localização da farmácia tem como fundamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Pede deferimento,

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

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

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

Junto se anexam os seguintes documentos:

* Fotocópia do respetivo Bilhete de Identidade (BI) ou Cartão de Cidadão (CC) no caso de pessoa singular, ou fotocópia do contrato de sociedade e 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, no caso de uma sociedade comercial;
* Identificação da farmácia a transferir, incluindo o nome da rua e o número de polícia ou lote;
* Planta de localização do edifício ou fração para onde se pretende a transferência, à escala de 1:2000, incluindo o nome da rua, e o número de polícia, de lote, ou de indicação do prédio com projeto de construção licenciado, ou dele dispensado, que represente a área envolvente da farmácia numa distância de 250 metros contada dos limites exteriores da farmácia (a ser emitida pelos respetivos serviços camarários ou outra entidade competente);
* Certidão camarária relativa ao preenchimento dos requisitos respeitantes à distância previstos nas alíneas b) e c) do n.º 1 do artigo 27.º do Decreto Legislativo Regional n.º 6/2011/A, de 10 de março, alterado e republicado pela Decreto Legislativo Regional n.º 29/2012/A, de 26 de junho;
* Identificação do diretor técnico e do farmacêutico substituto, quando aplicável, e declaração da Ordem dos Farmacêuticos das respetivas

inscrições, bem como certidões do registo criminal, fotocópias do Bilhete de Identidade (BI) ou do Cartão de Cidadão (CC) e do Número de Identificação Fiscal (NIF), da carteira profissional, declarações de incompatibilidade e termos de responsabilidade;

* Identificação da restante dotação de pessoal;
* Memória descritiva do edifício ou fração para onde se pretende a transferência, incluindo a descrição das instalações, das divisões e das respetivas áreas, conforme dispõe a Portaria n.º 76/2012, de 6 de julho de 2012;
* Comprovativo do pagamento da quantia de 75 €, referida na alínea b) do n.º 2 do artigo 54.º - C Decreto Legislativo Regional n.º 6/2011/A, de 10 de março, alterado e republicado pela Decreto Legislativo Regional n.º 29/2012/A, de 26 de junho.
* Minuta de **Identificação do diretor técnico e de outro(s) farmacêutico(s)**

 Exmo. Senhor Diretor Regional da Saúde

(**Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular**(1)**/Denominação da sociedade 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 n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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**) \_\_\_ , NIF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, proprietário(a) da Farmácia \_\_\_\_\_\_\_\_, detentora do Alvará n.º \_\_\_\_, de \_ de \_ de , no âmbito do pedido de transferência de localização da Farmácia , sita em (**endereço completo e código postal**) \_\_\_\_, freguesia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para as instalações sitas em (**rua, avenida, praça, largo, número de policia, lote**) , freguesia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , comunica a V. Exa. que possui como diretor(a) técnico(a) o(a) farmacêutico(a) (nome do(a) diretor(a) técnico(a) \_\_\_\_\_\_\_\_, titular da carteira profissional n.º , emitida

pela Ordem dos Farmacêuticos, registado(a) na Direção Regional da Saúde com o n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e como farmacêutico(s) substituto(s) do(a) diretor(a) técnico(a) nas suas ausências e impedimentos, o(s) farmacêutico(s) (**nome do(s) farmacêutico(s) substituto(s)**) \_\_\_\_\_\_\_\_, titular(es) da carteira profissional n.º \_\_,emitida pela Ordem dos Farmacêuticos, registado na Direção Regional da Saúde com o n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

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

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

* Minuta de **Declaração de incompatibilidades e Termo de Responsabilidade de diretor técnico de farmácia a transferir a sua localização**

**DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE E TERMO DE RESPONSABILIDADE**

(**Nome completo**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (**estado civil**) , **BI/CC** n.º , validade , NIF , residente em (**endereço completo e código postal**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , telefone n.º , licenciado(a) em , titular da Carteira Profissional n.º , emitida pela Ordem dos Farmacêuticos, e registado na Direção Regional da Saúde com o n.º declara, para todos os efeitos legais, que não exerce qualquer atividade incompatível com as exigências legais respeitantes à função de diretor técnico que assume na Farmácia , com instalações sitas em (**endereço completo e código postal**) , freguesia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, propriedade de (**Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular/Denominação da sociedade conforme consta no registo comercial**) , que pretende transferir a sua localização para as instalações sitas em (**rua, avenida, praça, largo, número de policia, lote**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, freguesia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, concelho de , nomeadamente, declara não exercer qualquer das seguintes funções:

**-** Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de titular de autorização de introdução de medicamentos no mercado;

**-** Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de estabelecimentos de que se dediquem ao fabrico, distribuição por grosso ou

importação paralela de medicamentos;

**-** Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de serviços farmacêuticos hospitalares, públicos ou privados;

**-** Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de outra farmácia ou, quando não excecionado, de posto farmacêutico, ou de medicamentos, ou local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica.

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

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

(**Assinatura conforme BI/CC**)

* Minuta de **Declaração de incompatibilidades e Termo de Responsabilidade de farmacêutico substituto do diretor técnico de farmácia a transferir a sua localização**

**DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES E TERMO DE RESPONSABILIDADE**

(**Nome completo**)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , (**estado civil**) , **BI/CC** n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, validade , NIF , residente em (**endereço completo e código postal**) , telefone n.º , licenciado(a) em , titular da Carteira Profissional n.º , emitida pela Ordem dos Farmacêuticos, e registado na Direção Regional da Saúde com o n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara, para todos os efeitos legais, que não exerce qualquer atividade incompatível com as exigências legais respeitantes à função de farmacêutico substituto do diretor técnico nas suas ausências e impedimentos da Farmácia , com instalações sitas em (**endereço completo e código postal**) \_\_\_\_\_\_ , freguesia de , concelho de , propriedade de (**Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular/Denominação da sociedade conforme consta no registo comercial**) , que pretende transferir a sua localização para as instalações sitas em (**rua, avenida, praça, largo, número de policia, lote**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, freguesia de , concelho de , nomeadamente, declara não exercer qualquer das seguintes funções:

**-** Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de titular de autorização de introdução de medicamentos no mercado;

**-** Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de estabelecimentos de que se dediquem ao fabrico, distribuição por grosso ou importação paralela de medicamentos;

**-** Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de serviços farmacêuticos hospitalares, públicos ou privados;

**-** Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de outra farmácia ou, quando não excecionado, de posto farmacêutico, ou de medicamentos, ou local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_de 20\_\_

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

(**Assinatura conforme BI/CC)**

* Minuta de **Requerimento de prorrogação do prazo para realização de vistoria às novas instalações de farmácia autorizada a transferir a sua localização** (quando aplicável)

 Exmo. Senhor Diretor Regional da Saúde

(**Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular**(1)**/Denominação da sociedade 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 n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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**) , NIF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, proprietário(a) da Farmácia , com o Alvará n.º \_\_\_\_\_, de de de , vem no âmbito do pedido de transferência da localização da farmácia autorizado, solicitar a V. Exa. a prorrogação do prazo de um ano para requerer a vistoria às novas instalações da farmácia , sitas em \_\_\_\_\_\_\_, freguesia de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (**indicar o período, até um ano**).

O pedido de prorrogação do prazo fundamenta-se \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(**apresentar a devida fundamentação do pedido, com a junção dos documentos que houver**).

Pede deferimento,

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

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

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

* Minuta de **Requerimento de vistoria às novas instalações de farmácia a transferir a sua localização (a apresentar após notificação da decisão de aptidão e quando terminada a instalação da farmácia)**

 Exmo. Senhor Diretor Regional da Saúde

(**Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular**(1)**/Denominação da sociedade 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 n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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**) , NIF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, proprietário(a) da Farmácia , com o Alvará n.º \_\_\_\_\_, de de de , vem solicitar a V. Exa. a vistoria às novas instalações da farmácia, sitas em \_\_\_\_\_\_\_, freguesia de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Pede deferimento,

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

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

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

Junto se anexam os seguintes documentos:

* Alvará da Farmácia , n.º , de de de ;
* Comprovativo do pagamento da quantia de 500 €, conforme n.º 3 do artigo 27.º - X e alínea e) do n.º 2 do artigo 54.º - C Decreto Legislativo Regional n.º 6/2011/A, de 10 de março, alterado e republicado pela Decreto Legislativo Regional n.º 29/2012/A, de 26 de junho;
* Cópia da licença de utilização emitida pela câmara municipal ou outra entidade competente.