**PROCEDIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE DESIGNAÇÃO DE FARMÁCIA**

1. **Requisitos legais**

a) É proibida a utilização, na designação da farmácia, de quaisquer vocábulos enganosos, que constituam concorrência desleal, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 28.º do 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;

b) A designação da farmácia depende de aprovação do departamento da administração regional autónoma competente em matéria de saúde, no caso em apreço, a Direção Regional da Saúde, de acordo com o n.º 2 do artigo 28.º do diploma legal citado;

1. **Documentos de instrução do processo**

a) Requerimento assinado e datado do proprietário da farmácia dirigido ao Diretor Regional da Saúde, a solicitar aprovação de nova designação da farmácia;

b) Alvará da farmácia para proceder à respetiva alteração.

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 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 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.

**Minuta de Requerimento de alteração de designação de 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)**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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) da Farmácia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, detentora do Alvará n.º

\_\_\_\_\_\_, de \_\_ de \_\_ de \_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem solicitar a V. Exa. a aprovação da designação da Farmácia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pelo que se indica a seguinte designação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pede deferimento,

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

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

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

Junto se anexam os seguintes documentos:

 Alvará da Farmácia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, de \_\_ de \_\_de \_