

## Impresso de “FA-2 Requerimento para o Licenciamento de Farmácia (Pessoa Singular)”

A presente empresa vem, por este meio, entregar aos Serviços de Saúde os seguintes dados e documentos, com vista ao requerimento do alvará de farmácia:

I. Dados do requerente (assinale com “✓” no quadrado correspondente 

1. Nome do requerente: _____
2. Bilhete de Identidade de Residente da RAEM n.º _____ <input type="checkbox"/> Bilhete de Identidade de Residente Permanente <input type="checkbox"/> Bilhete de Identidade de Residente Não Permanente
3. Endereço: Em chinês _____ _____
Em português _____ _____
4. Telefone n.º: _____

II. Dados da farmácia (assinale com “✓” no quadrado correspondente 

1. Designação da Farmácia: Em chinês _____ _____
Em português _____ _____
2. Endereço da farmácia <sup>(1)</sup> : Em chinês _____ _____
Em português _____ _____
3. Farmácia com materiais inflamáveis: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4. Nome do director técnico: _____
5. Nome do substituto do director técnico durante as ausências daquele director técnico: _____
6. Telefone n.º <sup>(2)</sup> : _____ 7. Fax n.º <sup>(2)</sup> : _____

### III. Dados dos trabalhadores da farmácia:

Nome	Habilitações académicas	Experiência em farmácia
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

### IV. Lista de entrega dos documentos

A fim de evitar problemas no processo de pedido e o seu adiamento, o requerente deve entregar todos os documentos exigidos e assinalar com “✓” a respectiva entrega no correspondente quadrado  :

1.  Impresso de requerimento para o licenciamento de “farmácia” (pessoa singular) devidamente preenchido;
2. Documentos relativos ao requerente:
  - Cópia autenticada do Bilhete de Identidade de Residente de Macau ou o seu original (para a verificação e autenticação da cópia a efectuar pelo Departamento dos Assuntos Farmacêuticos dos Serviços de Saúde);
  - Original do Certificado de Registo Criminal, emitido pela Direcção dos Serviços de Identificação (finalidade do pedido: Requerimento de licença do exercício das profissões e das actividades farmacêuticas; pode ser solicitado na Direcção dos Serviços de Identificação, nos quiosques de auto-atendimento ou através do website da DSI, sendo a DSI a enviar o Certificado para os Serviços de Saúde);
  - Declaração de Incompatibilidade (1).
3. Documentos relativos ao director técnico de farmácia:
  - Cópia autenticada do Bilhete de Identidade de Residente de Macau ou o seu original (para a verificação e autenticação da cópia a efectuar pelo Departamento dos Assuntos Farmacêuticos dos Serviços de Saúde);
  - Fotocópia da licença de farmacêutico de farmácia;
  - Declaração de Responsabilidade (1);
  - Declaração de Incompatibilidade (2);
  - Declaração de saída do estabelecimento de actividade farmacêutica ou outras entidades concernentes onde o interessado exerceu funções, indicando a

designação do estabelecimento de actividade farmacêutica ou outras entidades concernentes e a data de desligação do cargo; em caso de não ter servido em qualquer estabelecimento de actividade farmacêutica ou outra entidade concernente, é necessário apresentar uma declaração.

4. Documentos relativos ao substituto do director técnico de farmácia durante as ausências daquele director técnico:

- Cópia autenticada do Bilhete de Identidade de Residente de Macau ou o seu original (para a verificação e autenticação da cópia a efectuar pelo Departamento dos Assuntos Farmacêuticos dos Serviços de Saúde);
- Fotocópia da licença de farmacêutico/adjunto técnico de farmácia;
- Declaração de Responsabilidade (2);
- Para farmacêutico: Declaração de Incompatibilidade (2) / Para adjunto técnico de farmácia: Declaração de Incompatibilidade (3);
- Declaração de saída do estabelecimento de actividade farmacêutica ou outras entidades concernentes onde o interessado exerceu funções, indicando a designação do estabelecimento de actividade farmacêutica ou outras entidades concernentes e a data de desligação do cargo; em caso de não ter servido em qualquer estabelecimento de actividade farmacêutica ou outra entidade concernente, é necessário apresentar uma declaração.

5.  Cópias autenticadas dos documentos comprovativos de identificação dos outros trabalhadores da farmácia, ou apresentação dos seus originais (para a verificação e autenticação da cópia a efectuar pelo Departamento dos Assuntos Farmacêuticos dos Serviços de Saúde);

6.  Projecto da farmácia<sup>(4)(5)</sup>, o estabelecimento deve conter os seguintes compartimentos, mobiliário e equipamento:

6.1. Compartimentos:

- Sala de distribuição ou atendimento ao público;
- Sala de armazenamento de medicamentos;
- Compartimentos destinados a fins administrativos;
- Instalações sanitárias;
- Laboratório.

6.2. Mobiliário e equipamento:

- Armários envidraçados para guarda dos medicamentos à venda na sala de distribuição;
- Armários fechados ou cofre para guarda de estupefacientes, psicotrópicos e produtos que contêm substâncias tóxicas ou perigosas (devem ser instalados na Sala de distribuição/atendimento ao

público, ou na sala de armazenamento de medicamentos);

- Balcões de atendimento público;
  - Armários para arrumação de material;
  - Frigoríficos para os medicamentos que careçam de conservação pelo frio;
  - Armários fechados para guarda da roupa do pessoal da farmácia;
  - Sistema de ventilação e climatização (deve ser instalado na Sala de distribuição ou atendimento ao público, na sala de armazenamento de medicamentos e nos compartimentos destinados a fins administrativos).
7.  Original da licença de utilização emitida pela Direcção dos Serviços de Solos, Obras Públicas e Transportes (D.S.S.O.P.T.) ou informação por escrito (também conhecida por “Busca”, é dispensável a entrega deste documento, caso os estabelecimentos estejam registados na Conservatória do Registo Predial) emitida pela Conservatória dos Registos Comercial e de Bens Móveis<sup>(6)</sup>;
8.  Fotocópia da declaração da contribuição Industrial da Direcção dos Serviços de Finanças (Modelo M/1)<sup>(7)</sup>;
9. Declaração sobre o horário de funcionamento da farmácia e o horário de trabalho dos técnicos na farmácia<sup>(8)</sup>, contendo as seguintes informações:
- Horário de funcionamento: de 2.<sup>a</sup> feira a domingo e feriados oficiais;
  - Horário de trabalho do director técnico e do substituto do director técnico durante as ausências daquele director técnico: de 2.<sup>a</sup> feira a domingo e feriados oficiais<sup>(9)(10)</sup>;
10.  Pagamento de 50% da taxa relativa ao licenciamento juntamente com imposto de selo (ou seja, mil e cem patacas)<sup>(11)</sup>.

#### « Declaração de Recolha de Dados Pessoais »

1. Os dados pessoais e outros relacionados apresentados no impresso de requerimento pelo requerente destinam-se ao procedimento da sua aplicação e a efeitos de registo. Para isso, o Departamento dos Assuntos Farmacêuticos dos Serviços de Saúde procede nos termos do Decreto-Lei n.º 58/90/M, de 19 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 20/91/M, de 25 de Março, e da Lei da Protecção de Dados Pessoais consagrada pela Lei n.º 8/2005. Em caso da não apresentação correcta das informações exigidas, o pedido será indeferido;
2. Em caso de necessidade perante o cumprimento das obrigações legais, os dados acima mencionados serão enviados às autoridades policiais, órgãos judiciais e outras entidades competentes;

**3.** O requerente goza dos direitos de acesso e rectificação ou actualização dos dados pessoais e outros relacionados apresentados, segundo a lei e por forma escrita através de pedido.

Venho, por este meio, declarar que os dados apresentados e os documentos anexados neste requerimento são idênticos e verdadeiros, bem como a “Declaração de Recolha de Dados Pessoais” supracitada foi lida e entendida por mim.

Macau, de                      de 20     .

---

Assinatura do requerente

**Notas:**

- (1) O endereço da farmácia, em chinês e em português, deve ser conforme com os dados de busca;
- (2) Em caso de não estarem instalados estes equipamentos de comunicação no momento de entrega do presente documento, o requerente deve informar o Departamento dos Assuntos Farmacêuticos dos Serviços de Saúde dos respectivos dados antes da emissão do alvará;
- (3) O presente requerimento está disponível no Departamento dos Assuntos Farmacêuticos dos Serviços de Saúde ou pode ser descarregado através do sítio electrónico dos Serviços de Saúde: <http://www.ssm.gov.mo>;
- (4) O projecto do estabelecimento deve ser assinado pelo requerente;
- (5) Relativamente aos requisitos das especificações do projecto, instalações e equipamentos do estabelecimento, devem ser consultadas as “Estabelecimentos de Actividade Farmacêutica-Trâmites para o Pedido de Emissão da Licença e a Apresentação do Projecto da Obra de Modificação e Instruções Técnicas”. Estas orientações estão disponíveis no Departamento dos Assuntos Farmacêuticos dos Serviços de Saúde ou podem ser descarregadas através do sítio electrónico dos Serviços de Saúde: <http://www.ssm.gov.mo>;
- (6) Estabelecimento com fins comerciais;
- (7) Pode ser entregue antes da emissão do alvará;
- (8) Esta declaração deve ser assinada em conjunto pelo requerente, pelo director técnico ou substituto do director técnico, durante as ausências daquele director técnico;
- (9) Devem ser cumpridos os artigos 33.º e 34.º do Decreto-Lei n.º 58/90/M, de 19 de Setembro;
- (10) Deve ser observada a Lei das Relações de Trabalho, estabelecida pela Lei n.º 7/2008;
- (11) Ao abrigo do disposto no n.º 5 do artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 58/90/M, de 19 de Setembro: “Em caso de indeferimento ou arquivamento do processo, não há lugar à devolução da percentagem da taxa já liquidada.”

## Termo de Consentimento

Concorda que os nossos Serviços procedam ao registo do andamento e de outras informações relacionadas com o vosso requerimento na Plataforma de Gestão dos Serviços Públicos de modo a facilitar a consulta dos mesmos através da “conta de acesso aos serviços públicos” da Plataforma?

Sim

Não

Nome do/a utente: \_\_\_\_\_

Assinatura:

\_\_\_\_\_

(É obrigatório estar conforme a assinatura do BIR)

Data: \_\_\_\_\_ dia \_\_\_\_\_ mês \_\_\_\_\_ ano

(O presente termo é efectuado pelo requerente, quando necessário, podendo ser usada uma cópia do mesmo termo.)

## DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE (1)

Nome : \_\_\_\_\_

Tipo de documento:  Bilhete de Identidade de Residente da RAEM n.º \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_

Nos termos da alínea c) do n.º1 do Artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 58/90/M, de 19 de Setembro, venho, por este meio, declarar que não exerço qualquer actividade de prestação de cuidados de saúde, designadamente, a profissão médica e correlativas.

Assinatura do declarante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

(A presente declaração deve ser feita pelo requerente; em caso do requerente ser pessoa colectiva, pelos administradores. A presente declaração pode ser fotocopiada, de acordo com as necessidades reais.)

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE (1)

Nome: \_\_\_\_\_

Tipo do Bilhete de Identidade de Residente da RAEM:

Bilhete de Identidade de Residente Permanente n.º: \_\_\_\_\_

Bilhete de Identidade de Residente Não Permanente n.º: \_\_\_\_\_

N.º. Licença de Farmacêutico emitida pelos Serviços de Saúde: \_\_\_\_\_

Venho, por este meio, declarar que começo a assumir a responsabilidade do cargo de Director Técnico da Farmácia \_\_\_\_\_ desde a data de \_\_\_\_\_.

Assinatura do declarante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

(A presente declaração deve ser feita pelo(a) Director(a) Técnico(a) da farmácia.)



## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE (2)

Nome: \_\_\_\_\_

Tipo do Bilhete de Identidade de Residente da RAEM:

Bilhete de Identidade de Residente Permanente n.º: \_\_\_\_\_

Bilhete de Identidade de Residente Não Permanente n.º: \_\_\_\_\_

Titular de licenças emitidas pelos Serviços de Saúde

Farmacêutico n.º: \_\_\_\_\_

Ajudante Técnico de Farmácia n.º: \_\_\_\_\_

Venho, por este meio, declarar que começo a assumir a responsabilidade do cargo de Substituto do Director Técnico da Farmácia \_\_\_\_\_ durante as ausências daquele director técnico, desde a data de \_\_\_\_\_.

Assinatura do declarante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

( A presente declaração deve ser feita pelo(a) Substituto(a) do(a) Director(a) Técnico(a) durante as ausências daquele director técnico. A presente declaração pode ser fotocopiada, de acordo com as necessidades reais. )

## DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE (2)

Nome: \_\_\_\_\_

Tipo do Bilhete de Identidade de Residente da RAEM:

Bilhete de Identidade de Residente Permanente n.º: \_\_\_\_\_

Bilhete de Identidade de Residente Não Permanente n.º: \_\_\_\_\_

N.º. Licença de Farmacêutico emitida pelos Serviços de Saúde: \_\_\_\_\_

Venho, por este meio, declarar que não exerço qualquer actividade de prestação de cuidados de saúde, designadamente, a profissão médica e correlativas, não me encontrando, assim, abrangido por qualquer incompatibilidade com o exercício da profissão de farmacêutico da farmácia.

Assinatura do declarante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

( A presente declaração deve ser feita pelo farmacêutico. A presente declaração pode ser fotocopiada, de acordo com as necessidades reais. )

### DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE (3)

Nome: \_\_\_\_\_

Tipo do Bilhete de Identidade de Residente da RAEM:

Bilhete de Identidade de Residente Permanente n.º: \_\_\_\_\_

Bilhete de Identidade de Residente Não Permanente n.º: \_\_\_\_\_

N.º. Licença de Ajudante Técnico de Farmácia emitida pelos Serviços de Saúde: \_\_\_\_\_

Venho, por este meio, declarar que não exerço qualquer actividade de prestação de cuidados de saúde, designadamente a profissão médica e correlativas, não me encontrando, assim, abrangido por qualquer incompatibilidade com o exercício da profissão de ajudante técnico de farmácia.

Assinatura do declarante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

( A presente declaração deve ser feita pelo ajudante técnico de farmácia. A presente declaração pode ser fotocopiada, de acordo com as necessidades reais. )