



**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

**Requerimento para Certidão de Anotação de Atividade Profissional Farmacêutica- AAPF -  
Telefarmácia – Res. 727/2022 Conselho Federal de Farmácia**

Eu \_\_\_\_\_,  
farmacêutico (a) regulamente inscrito (a) sob o número \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
Município: \_\_\_\_\_  
Tel: (\_\_\_\_) : \_\_\_\_\_;  
Email: \_\_\_\_\_.

Firmo o compromisso de prestar o(s) seguinte(s) serviço(s) clínico(s) por meio da Telefarmácia, utilizando a(s) modalidade(s) abaixo listada(s), de acordo com a Resolução/CFF nº 727/2022, e demais legislações em vigor:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rastreamento em Saúde                     | <input type="checkbox"/> Teleconsulta                        |
| <input type="checkbox"/> Educação em Saúde                         | <input type="checkbox"/> Teleinterconsulta                   |
| <input type="checkbox"/> Manejo de problema de saúde autolimitado  | <input type="checkbox"/> Telemonitoramento ou Televigilância |
| <input type="checkbox"/> Monitorização terapêutica de medicamentos | <input type="checkbox"/> Teleconsultoria                     |
| <input type="checkbox"/> Conciliação de medicamentos               |  |
| <input type="checkbox"/> Revisão da farmacoterapia                 |  |
| <input type="checkbox"/> Gestão da condição de saúde               |  |
| <input type="checkbox"/> Acompanhamento farmacoterapêutico         |  |

Em caso de utilização de plataforma ou software para gestão de serviços clínicos, comprometo-me a seguir os requisitos da Resolução/CFF nº 727/2022.

Declaro, ainda, ter conhecimento que deverei informar ao CRF/MG o término da presente atividade, quando a mesma não for declarada temporária.

OBS. Em anexo envio cópia do seguinte documento para emissão da AAPF:

**Comprovante de cadastro como prestador de serviço autônomo no município onde resido.**

Encaminhar a documentação, digitalizada, legível para o email: [registro@crfmg.org.br](mailto:registro@crfmg.org.br)

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do farmacêutico (a)**