



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

Local e data _____, _____ de _____ 20_____

Assinatura do farmacêutico (a)