



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA  
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SERGIPE



## DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CLÍNICOS POR MEIO DE TELEFARMÁCIA

Eu,  farmacêutico(a)

com inscrição no CRF-SE número , firmo o compromisso de prestar, o(s) serviço(s) clínico(s) por meio de Telefarmácia, utilizando a(s) modalidade(s) abaixo listada(s), de acordo com a Res/CFF nº 727/2022, e demais legislações em vigor.

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

O(s) serviço(s) será(ão) realizado(s):

No estabelecimento de Razão Social

CNPJ:

De forma autônoma, para tanto apresento comprovante de cadastro como prestador de serviço autônomo no município onde residir.

### DECLARAÇÃO

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-SE o término da presente atividade, quando a mesma não for declarada temporária.

Aracaju, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
FARMACÊUTICO REQUERENTE