



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ - CRF PA

AV. ALMIRANTE BARROSO 788 – MARCO | CEP: 66090-000 BELEM – PARÁ

TELEFONE: (91) 3249-3005 | (91) 3239-9500 | crfpa@crfpa.org.br

**Atenção: Todos os campos devem ser preenchidos (letra de forma ou legível)  
e não serão aceitos formulários fora do padrão, desconfigurados, com rasuras, digitados e completados à caneta**

### DECLARAÇÃO - TELEFARMÁCIA

Eu, \_\_\_\_\_ N° CRF : \_\_\_\_\_  
firmo o compromisso de prestar o(s) seguinte(s) serviço(s) clínico(s) por meio de 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 o término da presente atividade, quando a mesma não for declarada temporária.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional