



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 | |

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

De forma autônoma, para tanto apresento comprovante de cadastro como prestador de serviço autônomo no município onde resido (**registro de autônomo**).

Declaro ainda que, para gestão de serviços clínicos, utilizo o seguinte software _____, da empresa sediada no Estado de(o) _____, e comprometo-me a seguir os requisitos da Resolução/CFF nº 727/2022. Na oportunidade, **apresento CR da empresa de software**.

ou

Declaro ainda que, para gestão de serviços clínicos, não utilizarei software/plataforma e comprometo-me a seguir os requisitos da Resolução/CFF nº 555/2011, me comprometendo com a proteção e o sigilo dos dados pessoais fornecidos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) - Lei nº 13.709/2018.

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

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Profissional