



DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CLÍNICOS POR MEIO DE TELEFARMÁCIA

Eu, _____, farmacêutico(a) com inscrição no CRF-SP nº. _____, 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:

Serviços:	Modalidade:
Rastreamento em saúde	Teleconsulta
Educação em saúde	Teleinterconsulta
Manejo de problema de saúde autolimitado	Telemonitoramento ou televigilância
Monitorização terapêutica de medicamentos	Teleconsultoria
Conciliação de medicamentos	
Revisão da farmacoterapia	
Gestão da condição de saúde	
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.

Local e data: _____

Assinatura do(a) farmacêutico(a): _____