**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**

**Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia**

**SETOR DE CADASTRO**

FORMULÁRIO OFICIAL

**DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CLÍNICOS POR MEIO DE TELEFARMACIA**

**SEGUIR INSTRUÇÕES**

* A documentação só será aceita com todos os campos devidamente preenchidos (preencher em letra de forma ou legível) e sem rasuras

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, farmacêutico (a) com inscrição no CRF-BA 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 medicamento | ( ) 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, quando a mesma não for declarada temporária.

Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) farmacêutico (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_