

## DECLARAÇÃO DE SERVIÇOS CLÍNICOS

Ilmo(a) Sr(a)

Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso – CRF-MT

### PREENCHER TODOS OS CAMPOS NECESSÁRIOS

Eu, \_\_\_\_\_, farmacêutico inscrito(a) no CRF/MT sob nº \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_.

Declaro que sou o(a) responsável pela elaboração, implantação e/ou consultoria em **TELEFARMÁCIA**

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:

#### MODALIDADE:

- Teleconsulta
- Teleinterconsulta
- Telemonitoramento ou televigilância
- Teleconsultoria

#### SERVIÇOS CLÍNICOS:

- Rastreamento em saúde
- Educação em saúde
- Manejo de problema de saúde autolimitado
- Monitorização terapêutica de medicamentos
- 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.

Nestes termos, pede deferimento.

Data, / /