



Formulário O							Atendimento nº _____						
Anotação de Atividade Farmacêutica (AAF)							Protocolo nº _____ PJ _____						
							Local _____			Funcionário _____			
Dados do PROFISSIONAL							Nº do CRF-RS: _____						
Nome: _____							CPF: _____						
Dados do ESTABELECIMENTO							Nº do CRF-RS: _____						
Razão Social: _____							CNPJ: _____						
Endereço: _____							Nº: _____			Compl.: _____			
Bairro: _____				Município: _____									
REQUERIMENTO DE ANOTAÇÃO DE ATIVIDADE FARMACÊUTICA (AAF)													
	Horário de Funcionamento do ESTABELECIMENTO						Horário do FARMACÊUTICO						
Dias	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
Segunda													
Terça													
Quarta													
Quinta													
Sexta													
Sábado													
Domingo													
Atividades desenvolvidas													
<input type="checkbox"/>	Acupuntura						<input type="checkbox"/>	Análises clínico-laboratoriais					
<input type="checkbox"/>	Análises de controle de qualidade						<input type="checkbox"/>	Análises periciais					
<input type="checkbox"/>	Análises tóxico-laboratoriais						<input type="checkbox"/>	Armazenamento					
<input type="checkbox"/>	Assessoria/consultoria técnica						<input type="checkbox"/>	Assistência farmacêutica – logística/distribuição					
<input type="checkbox"/>	Assuntos regulatórios						<input type="checkbox"/>	Assistência farmacêutica – seleção/aquisição					
<input type="checkbox"/>	Atenção farmacêutica						<input type="checkbox"/>	Atendimento domiciliar					
<input type="checkbox"/>	Avaliação de tecnologias						<input type="checkbox"/>	Dispensação					
<input type="checkbox"/>	Docência						<input type="checkbox"/>	Gerenciamento de resíduos					
<input type="checkbox"/>	Marketing						<input type="checkbox"/>	Gestão da Assistência Farmacêutica					
<input type="checkbox"/>	Pesquisa						<input type="checkbox"/>	Preceptoria/tutoria					
<input type="checkbox"/>	Processo farmacotécnico industrial						<input type="checkbox"/>	Processo farmacotécnico magistral					
<input type="checkbox"/>	Validação de processos						<input type="checkbox"/>	Vigilância ambiental					
<input type="checkbox"/>	Vigilância epidemiológica						<input type="checkbox"/>	Vigilância sanitária					

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Representante Legal do Estabelecimento_____
Assinatura do Farmacêutico



DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES

Não exerço qualquer outra atividade além daquelas onde já consto na Certidão de Regularidade do CRF-RS.

Exerço atividade no(s) seguinte(s) local(is):

Razão Social: _____
Registro no CRF/RS (caso tenha) : _____ CNPJ: _____
Endereço : (Rua/ Av) _____ Nº _____ Complemento : _____
Bairro : _____ Município: _____ CEP: _____
Cargo/ Função: _____
Horário de trabalho: _____

Razão Social: _____
Registro no CRF/RS (caso tenha) : _____ CNPJ: _____
Endereço : (Rua/ Av) _____ Nº _____ Complemento : _____
Bairro : _____ Município: _____ CEP: _____
Cargo/ Função: _____
Horário de trabalho: _____

Razão Social: _____
Registro no CRF/RS (caso tenha) : _____ CNPJ: _____
Endereço : (Rua/ Av) _____ Nº _____ Complemento : _____
Bairro : _____ Município: _____ CEP: _____
Cargo/ Função: _____
Horário de trabalho: _____

Razão Social: _____
Registro no CRF/RS (caso tenha) : _____ CNPJ: _____
Endereço : (Rua/ Av) _____ Nº _____ Complemento : _____
Bairro : _____ Município: _____ CEP: _____
Cargo/ Função: _____
Horário de trabalho: _____

Forma de retirada do documento solicitado:

Enviar via postal

Encaminhar para retirada na:

<input type="checkbox"/> Sede (Porto Alegre)	<input type="checkbox"/> Seccional Caxias do Sul
<input type="checkbox"/> Seccional Lajeado	<input type="checkbox"/> Seccional Pelotas
<input type="checkbox"/> Seccional Santa Maria	<input type="checkbox"/> Seccional Uruguiana
<input type="checkbox"/> Seccional Passo Fundo	
<input type="checkbox"/> Seccional Santo Ângelo	

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Farmacêutico