



### Formulário X - Anotação de Atividade Profissional do Farmacêutico (AAPF)

Farmacêutico

Inscrição

Razão social ou nome completo do contratante

CNPJ ou CPF

Endereço

Nº

Compl.

Bairro

Cidade

CEP

Tipo de vínculo (marque apenas 1 opção)

- Com pessoa jurídica  
 Com pessoa física  
 Autônomo

Recebimento CAAPF (marque apenas 1 opção)

- Receber por e-mail, no endereço cadastrado no CRF  
 Retirar na sede ou seccional de:  
 Caxias do Sul       Lajeado       Passo Fundo       Porto Alegre  
 Pelotas       Santa Maria       Santo Ângelo       Uruguaiana

Dia

Mês

Ano

Para preenchimento pelo CRF

Deferido

Atendimento

Protocolo

Indeferido

Data

Local



**Área de atuação e atividades que serão exercidas**

**Estética** (necessidade de capacitação averbada em saúde estética)

agulhamento e microagulhamento estético

aplicação de toxina botulínica

carboxiterapia

criolipólise

fio lifting de autossustentação

intradermoterapia e mesoterapia

laserterapia ablativa

preenchimento dérmico

**Assistência domiciliar**

atividades descritas na Resolução CFF nº 386/2002

**Farmácia clínica**

prescrição de medicamentos não tarjados.

prescrição de medicamentos tarjados (necessidade de capacitação averbada em farmácia clínica).

**Aplicação de vacinas** (necessidade de capacitação averbada em vacinas)

aplicação de vacinas

**Farmácia (pública ou privada)**

dispensação de medicamentos

controle de estoque

**Outra área de atuação e/ou atividade que será exercida**

Assinatura \_\_\_\_\_