



Formulário O							Atendimento nº _____																																																									
Anotação de Atividade Farmacêutica (AAF)							Protocolo nº _____ PJ _____																																																									
							Local _____			Funcionário _____																																																						
<b>Dados do PROFISSIONAL</b>							Nº do CRF-RS: _____																																																									
Nome: _____							CPF: _____																																																									
<b>Dados do ESTABELECIMENTO</b>							Nº do CRF-RS: _____																																																									
Razão Social: _____							CNPJ: _____																																																									
Endereço: _____							Nº: _____			Compl.: _____																																																						
Bairro: _____				Município: _____																																																												
<b>REQUERIMENTO DE ANOTAÇÃO DE ATIVIDADE FARMACÊUTICA (AAF)</b>																																																																
	<b>Horário de Funcionamento do ESTABELECIMENTO</b>						<b>Horário do FARMACÊUTICO</b>																																																									
Dias	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída																																																				
Segunda																																																																
Terça																																																																
Quarta																																																																
Quinta																																																																
Sexta																																																																
Sábado																																																																
Domingo																																																																
<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Acupuntura</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Análises clínico-laboratoriais</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Análises de controle de qualidade</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Análises periciais</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Análises tóxico-laboratoriais</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Armazenamento</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Assessoria/consultoria técnica</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Assistência farmacêutica – logística/distribuição</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Assuntos regulatórios</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Assistência farmacêutica – seleção/aquisição</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Atenção farmacêutica</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Atendimento domiciliar</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Avaliação de tecnologias</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Dispensação</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Docência</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Gerenciamento de resíduos</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Marketing</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Gestão da Assistência Farmacêutica</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Pesquisa</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Preceptoria/tutoria</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Processo farmacotécnico industrial</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Processo farmacotécnico magistral</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Validação de processos</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Vigilância ambiental</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Vigilância epidemiológica</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Vigilância sanitária</td></tr></table>													<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
<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 Uruguaiana
<input type="checkbox"/> Seccional Passo Fundo	
<input type="checkbox"/> Seccional Santo Ângelo	

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal do Estabelecimento

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Farmacêutico