



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

Departamento de Registros de Pessoa Física e Jurídica

DECLARAÇÃO – TELEMEDICINA

NOME: _____ CRM/DF Nº _____

END. RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____

CEP: _____ TEL: (____) _____ CEL: (____) _____

EMAIL: _____

Em cumprimento ao §1º do art. 17 da Resolução CFM nº 2.314/2022, declaro minha opção de uso da TELEMEDICINA, a partir de ___/___/_____, na(s) modalidade(s) abaixo:

- () Teleconsulta
- () Teleinterconsulta
- () Telediagnóstico
- () Telecirurgia
- () Telemonitoramento ou televigilância
- () Teletriagem
- () Teleconsultoria

Brasília/DF, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do médico(a)