



Consulta Pública Conitec/SCTIE Nº 99/2099 - [Formulário Experiência ou Opinião](#)

Proposta de incorporação XXXXXXXXXXX - evolutivas e melhorias - Participação Social

Recomendação preliminar da Conitec: **Favorável à incorporação no SUS.**

- Relatório para a Sociedade

→ Ao finalizar o preenchimento do formulário, clique no botão "Gravar".

* Preenchimento Obrigatório

Atenção: nos campos marcados com 'Visível ao público' não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade. [Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Identificação do participante

1) Informe o tipo de pessoa: *

- Pessoa Física
 Pessoa Jurídica

1.1) CPF: *

1.2) Nome: *

1.3) Idade: *

1.4) Autodeclaração de cor ou etnia: *

- Branco
 Pardo
 Preto
 Amarelo
 Indígena

1.5) Sexo biológico: *

- Feminino
 Masculino

1.6) Deseja contribuir como? *

- Paciente
 Familiar, amigo ou cuidador de paciente
 Profissional de saúde
 Interessado no tema

2) Local que reside: *

- Brasil
 País estrangeiro

2.1) Estado: *

2.1) Município: *

2.2) Telefone: *

3) **E-mail:** *

4) **Como você ficou sabendo desta Consulta Pública?** *

- Diário Oficial da União
- Site da Conitec
- Redes Sociais
- Associação/entidade de classe
- Amigos, colegas ou profissionais de trabalho
- E-mail
- Outro meio

4.1) **Qual Rede Social?** *

- Twitter
- LinkedIn
- Facebook
- Outra

5) **Deseja receber informações sobre o tema específico da Consulta Pública por e-mail?** *

Sim

6) **Deseja receber informações de todas as ações da Conitec por e-mail?** *

Sim

Contribuição

7) **A recomendação preliminar da Conitec foi favorável à proposta de incorporação XXXXXXX. Você concorda com a recomendação?** *

- Concordo
- Não Concordo e Não Discordo
- Discordo

8) **Comente:**

9) **Você já teve alguma experiência com o(s) medicamento(s), produto(s) ou procedimento(s) em avaliação?** *

- Sim, como paciente
- Sim, como cuidador ou responsável
- Sim, como profissional de saúde
- Não

9.1) **Com qual(is) medicamento(s), produto(s) ou procedimento(s) em avaliação você já teve experiência?** *

9.2) **Descreva os efeitos positivos:** *

Especifique os efeitos positivos de cada medicamento, produto ou procedimento que você utilizou.

9.3) **Descreva os efeitos negativos:** *

Especifique os efeitos negativos de cada medicamento, produto ou procedimento que você utilizou.

10) **Você já teve alguma experiência com outro(s) medicamento(s), produto(s) ou procedimento(s) para esta doença? ***

Neste campo considerar medicamento, produto ou procedimento para esta doença.

- Sim, como paciente
- Sim, como cuidador ou responsável
- Sim, como profissional de saúde
- Não

10.1) **Com qual(is) medicamento(s), produto(s) ou procedimento(s) você já teve alguma experiência? ***

Especifique mais de um medicamento, produto ou procedimento.

10.2) **Descreva os efeitos positivos: ***

Especifique os efeitos positivos de cada medicamento, produto ou procedimento que você utilizou.

10.3) **Descreva os efeitos negativos: ***

Especifique os efeitos negativos de cada medicamento, produto ou procedimento que você utilizou.

11) **Você gostaria de anexar documentos ou referências bibliográficas? ***

- Sim
- Não

11.1) **Descrição do arquivo:**

11.2) **Upload do arquivo: ***

Para upload de múltiplos arquivos compactar para ZIP

No file selected.



Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Página 1 de 1