

Modelo PCDT - Consulta Pública

Conitec/SCTIE nº xx/2021

Proposta de atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da xxxxxxxxxxxx.

Recomendação preliminar da Conitec: xxxxxx Favorável à atualização do PCDT xxxxxxxx.

→ Antes de fazer sua contribuição, leia o relatório a seguir que contém as informações que embasaram a recomendação preliminar da Conitec:

Proposta de PCDT:

Atenção: será considerada apenas UMA contribuição realizada com mesmo CPF ou CNPJ para cada tipo de formulário (técnico-científico ou de experiência ou opinião). Caso haja necessidade de retificar algum dado preenchido, antes do encerramento da Consulta Pública, é preciso inserir novamente todas as informações no formulário, visto que a contribuição anterior não será considerada.

* Obrigatório

1. Informe o tipo de pessoa: *

Pessoa Física

Pessoa Jurídica

Pessoa Física

2. CPF: *

Somente números

3. Nome completo: *

4. Data de nascimento: *



Formato: M/d/yyyy

5. Autodeclaração de cor ou etnia: *

- Branco
- Pardo
- Preto
- Amarelo
- Indígena

6. Sexo biológico: *

- Feminino
- Masculino

7. Deseja contribuir como? *

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

Pessoa Jurídica

8. CNPJ: *

Somente números

9. Razão Social: *

10. Nome do contato principal: *

11. Classificação da pessoa jurídica: *

- Empresa
- Empresa fabricante da tecnologia avaliada
- Grupos/associação/organização de pacientes
- Instituição de ensino
- Secretaria Estadual de Saúde
- Secretaria Municipal de Saúde
- Sociedade médica

Outro

Identificação do participante

12. Local que reside: *

Brasil

País estrangeiro

13. Qual país estrangeiro? *

14. UF: *

- Acre
- Alagoas
- Amapá
- Amazonas
- Bahia
- Ceará
- Distrito Federal
- Espírito Santo
- Goiás
- Maranhão
- Mato Grosso
- Mato Grosso do Sul
- Minas Gerais
- Pará
- Paraíba
- Paraná
- Pernambuco
- Piauí
- Rio de Janeiro
- Rio Grande do Norte
- Rio Grande do Sul
- Rondônia
- Roraima
- Santa Catarina
- São Paulo

Sergipe

Tocantins

15. Município: *

16. Telefone para contato: *

Somente números

17. E-mail: *

18. 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

19. Especifique qual a rede social ou o outro meio: *

20. Deseja receber informações de todas as ações da Conitec por e-mail? *

Sim

Não

Formulário - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

21. O que você achou desta proposta apresentada pela Conitec? *

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Ruim
- Muito ruim

22. Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto?

23. Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?

24. Caso você tenha algum documento para anexar, acesse o link abaixo:

xxx link da pasta xxx *

* Serão considerados somente dois arquivos por formulário. Em caso de envio superior ao limite, serão considerados os dois últimos documentos anexados.

** Após anexar, volte para essa página. Isso é essencial para finalizar o preenchimento e validar a sua participação.

*** Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.079, de 14 de agosto de 2018), é obrigatório para anexo de documentos responder às questões a seguir.

Confirmando que enviei os documentos no link acima.

Não enviei nenhum anexo.

25. Você autoriza a divulgação, em caso de solicitação, do arquivo em anexo para consulta e análise de terceiros? *

Sim

Não

26. O arquivo em anexo contém dados pessoais? *

*Entende-se por dados pessoais aquelas informações que permitem identificar, direta ou indiretamente, um indivíduo, como nome, RG, CPF, gênero, data e local de nascimento, telefone, endereço residencial, localização via GPS, retrato em fotografia, prontuário de saúde, cartão bancário, renda, entre outros.

Sim

Não

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

 Microsoft Forms