

Modelo Técnico ou Opinião - Consulta Pública Conitec/SCTIE nº xx/2021

Proposta de incorporação do xxxxxx.

Recomendação preliminar da Conitec: xxxx Favorável | Não favorável xxxx à incorporação no SUS.

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

Relatório Técnico:

Relatório para a Sociedade:

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.

**Será considerada apenas a última contribuição realizada com o mesmo CPF. 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.*

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.

**Será considerada apenas a última contribuição realizada com o mesmo CNPJ. 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.*

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

21. Qual destes formulários você gostaria de preencher? *

Formulário técnico-científico

Formulário Experiência ou Opinião

Formulário técnico-científico

Considerando os aspectos do relatório de recomendação indicados a seguir (evidência clínica, avaliação econômica, impacto orçamentário e recomendação inicial da Conitec), especifique sua contribuição.

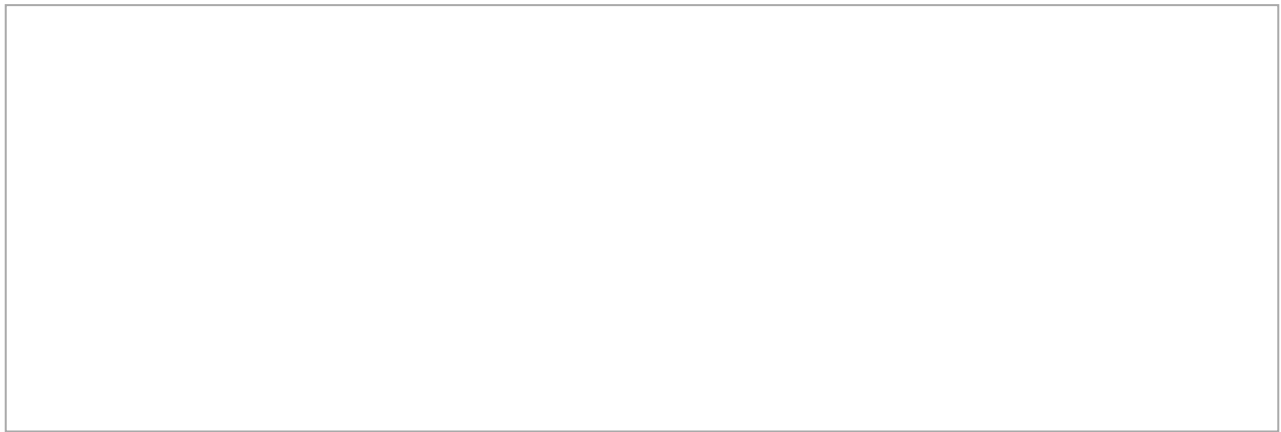
22. Qual a sua opinião sobre a incorporação do medicamento, produto ou procedimento em avaliação? *

- Eu acho que deve ser incorporado no SUS
- Não acho que deve ser incorporado no SUS

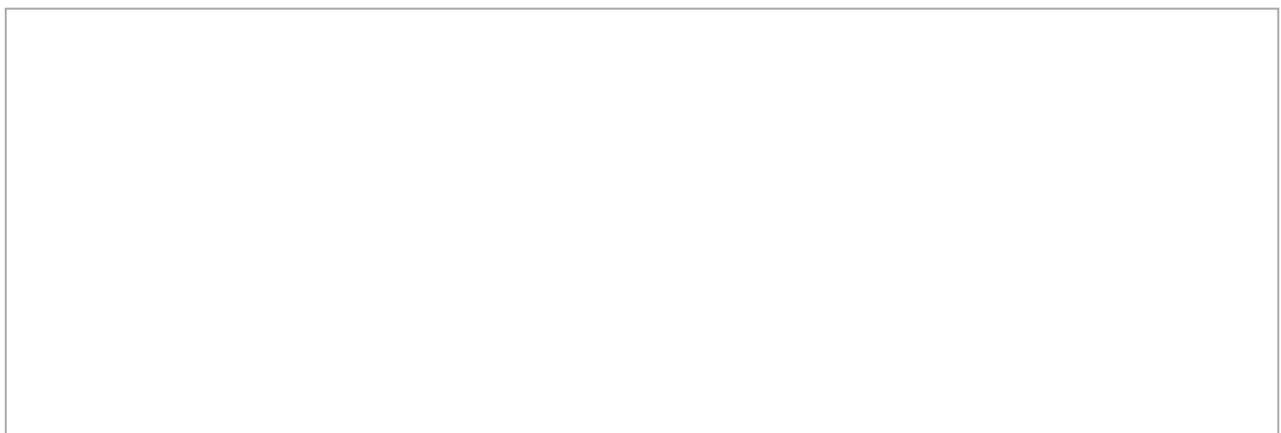
23. Por favor, comente sobre a sua opinião.

24. Deseja realizar alguma contribuição relacionada às evidências clínicas?

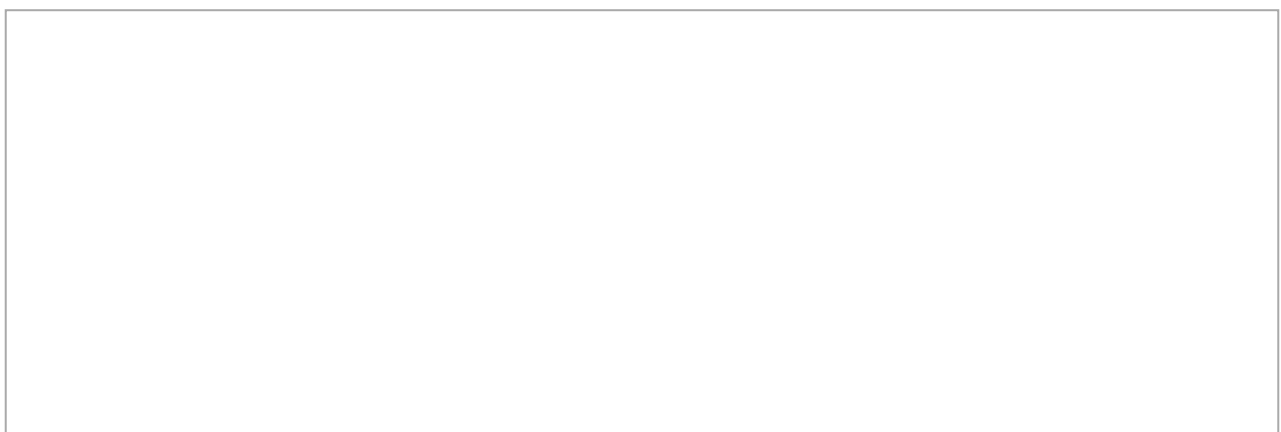
25. Deseja realizar alguma contribuição relacionada à avaliação econômica?



26. Deseja realizar alguma contribuição relacionada ao impacto orçamentário?



27. Deseja realizar alguma outra contribuição?



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

xxxxx link da pasta xxxxx *

* 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.

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

Sim

Não

30. 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

Formulário Experiência ou Opinião

31. Qual a sua opinião sobre a incorporação do medicamento, produto ou procedimento em avaliação? *

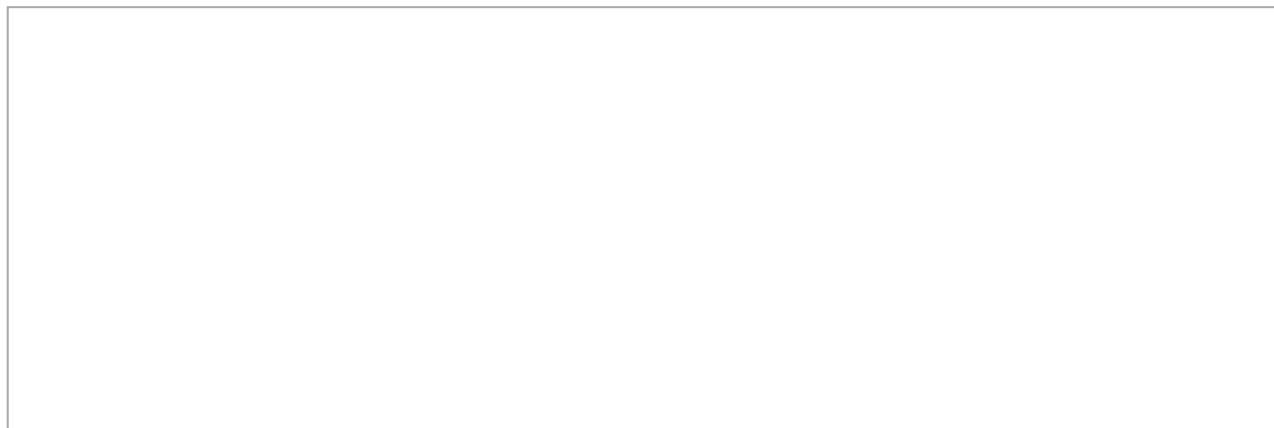
- Eu acho que deve ser incorporado no SUS
- Não acho que deve ser incorporado no SUS

32. Por favor, comente sobre a sua opinião.

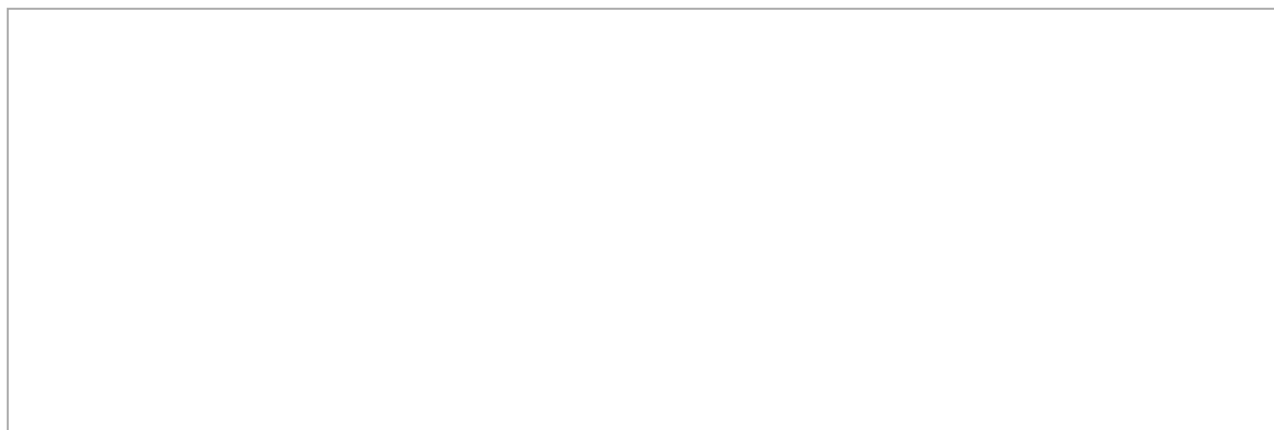
33. Você já teve alguma experiência com o(s) medicamento(s), produto(s) ou procedimento(s) em avaliação? *

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

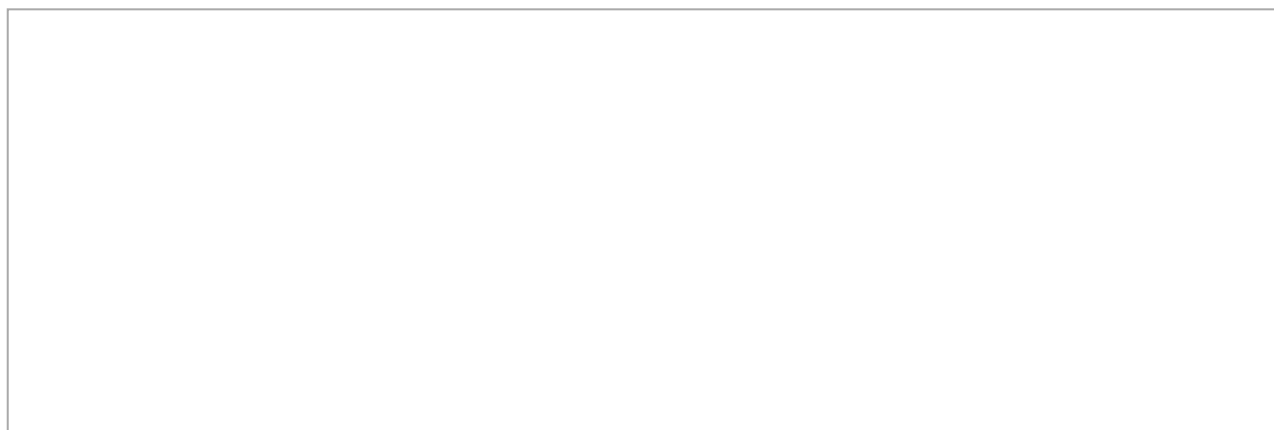
34. Com qual(is) medicamento(s), produto(s) ou procedimento(s) em avaliação você já teve experiência?



35. Quais resultados positivos você percebeu a partir da sua experiência com o(s) medicamento(s), produto(s) ou procedimento(s) em avaliação?



36. Quais resultados negativos você percebeu a partir da sua experiência com o(s) medicamento(s), produto(s) ou procedimento(s) em avaliação?



37. Quais dificuldades você percebeu no uso do medicamento(s), produto(s) ou procedimento(s) em avaliação?

38. Quais facilidades você percebeu no uso do medicamento(s), produto(s) ou procedimento(s) em avaliação?

39. 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

40. Com qual(is) outro(s) medicamento(s), produto(s) ou procedimento(s) para esta doença você já teve experiência? *

41. Quais resultados positivos você percebeu a partir da sua experiência com este(s) outro(s) medicamento(s), produto(s) ou procedimento(s)?

42. Quais resultados negativos você percebeu a partir da sua experiência com este(s) outro(s) medicamento(s), produto(s) ou procedimento(s)?

43. 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.

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

Sim

Não

45. 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