

Modelo Consulta Pública Conitec/SECTICS nº xx/2024

Órgão: Ministério da Saúde

Setor: MS - Coordenação de Incorporação de Tecnologias

Status:

Abertura: 00/00/0000

Encerramento: 00/00/0000

RESUMO

ATENÇÃO: Para contribuir nesta Consulta pública você precisa estar logado no [site gov.br](http://site.gov.br)

Proposta de ...

A análise e a deliberação da Conitec podem ser conferidas no relatório.

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

[Relatório Técnico](#)

[Relatório para a Sociedade](#)

*A LGPD aplica-se a qualquer operação de tratamento realizada por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, independentemente do meio, do país de sua sede ou do país onde estejam localizados os dados.

Você pode conferir o envio da sua contribuição acessando a Plataforma Participa + Brasil e clicando em "[Perfil](#)". No final da página aparecerão todas as contribuições realizadas pelo CPF utilizado para o login.

Caso apareça a mensagem de "sistema em manutenção", pede-se a gentileza de atualizar a página, pressionando a tecla "F5". Havendo persistência, solicita-se que seja enviada captura da tela para o e-mail: participacaosocial@presidencia.gov.br com cópia para conitec@saude.gov.br

1. Data de nascimento:

Formato: 00/00/0000

An empty date input field with a light gray background and a thin border. It features four navigation arrows: a left arrow, a right arrow, an up arrow, and a down arrow, positioned at the corners of the field.

2. Região:

- Norte
- Nordeste
- Sudeste
- Centro-oeste
- Sul

3. Estado:

- 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

4. Município:

5. Deseja contribuir como?

- Organização da Sociedade Civil
- Interessado no tema:
- Paciente
- Familiar, amigo ou cuidador de paciente
- Profissional de saúde
- Empresa
- Empresa fabricante da tecnologia avaliada

6. Caso esteja contribuindo como representante de Pessoa Jurídica, informe, por favor, o CNPJ e a razão social abaixo:

7. Identidade de gênero:

- Homem cisgênero *identifica-se com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer
- Homem transgênero *não se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer
- Mulher cisgênero *identifica-se com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer
- Mulher transgênero *não se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer

- Não-binária *sua identidade de gênero não se define a partir das categorias “homem” ou “mulher”
- Intersexo *conformação genital ambígua e pode se identificar com o gênero intersexo
- Outros

8. Autodeclaração de cor ou etnia:

- Branco
- Pardo
- Preto
- Amarelo
- Indígena

9. 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

10. 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

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

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



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



14. Você já teve alguma experiência com OUTRO(s) medicamento(s), produto(s) ou procedimento(s) para esta doença?

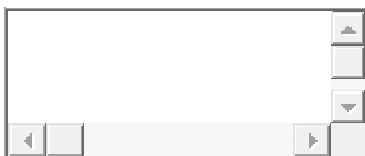
Neste campo considerar medicamento, produto ou procedimento para esta doença.

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

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



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



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

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

- Não acho que deve ser incorporado no SUS
- Eu acho que deve ser incorporado no SUS
- Não tenho opinião formada

19. Comente sobre a sua opinião.

20. Deseja realizar alguma contribuição técnica relacionada às evidências clínicas?

"Não enviar documentos pessoais"

21. Deseja realizar alguma contribuição técnica relacionada aos estudos econômicos?

"Não enviar documentos pessoais"

22. Caso você tenha algum documento para anexar, atenção para as seguintes orientações:

I - Serão considerados somente dois arquivos por formulário. Na hipótese de envio superior ao limite, serão considerados apenas os dois últimos anexados;

II - Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), não mencione dados pessoais como nome completo, CPF, RG, matrícula/CRM/CRP/afins, foto de documento pessoal, e-mail, telefone, assinatura, endereço;

III - Não envie material de terceiros cuja divulgação não é gratuita (livros, artigos publicados por revistas pagas etc);

IV - Vídeos e fotos de terceiros que não preservem a identidade da pessoa não devem ser anexados. Caso seja um depoimento pessoal, preencha o documento que autoriza a divulgação do uso de imagem;

A LGPD se aplica a qualquer operação de tratamento realizada por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, independentemente do meio, do país de sua sede ou do país onde estejam localizados os dados.

- Confirmo que enviei os documentos no link acima.
- Não enviei nenhum anexo.