|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **SANTA CASA DE ALFENAS**  **CENTRO DE ONCOLOGIA**  **REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER** | |  |
| **SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Instituição de Ensino** | **Solicitante** | | | **Ocupação** | **Identidade** |   **Dados a coletar:**                *Informe os Tumores a coletar. Exemplo: C09, C10, C42 ...*   |  |  | | --- | --- | |  |  |   **OBS**: *Os demais dados deverão ser coletados diretamente no Prontuário do Paciente/Cliente.* | | | | |
| **Referência: (nome do projeto, número do ofício autorizando a coleta):** | | | | |
| **Finalidade do Projeto:** | | | | |
| **Data** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Solicitante | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Orientador(a) / Supervisor(a) da  Instituição de Ensino | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Coordenador(a) / Supervisor(a)  Responsável do Centro de Oncologia  *Ressaltamos que esta coleta de dados está protegida em sua integridade sigilosa total ou parcial amparada pelos instrumentos: Lei 12.527 de 18/11/2011; Resolução n° 1.638/2002 no artigo 1° do CFM e do Artigo 5° inciso X e XIV da CF/88. Portanto a manipulação e o sigilo de tais dados a partir da entrega dos dados acima, é de inteira responsabilidade do Solicitante.*  ***RHC:*** *Os dados serão fornecidos em arquivo digital no formato de planilha eletrônica (Excel) em até 5 (cinco dias úteis após a data de recebimento dos documentos*. | | | | |