|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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*. |