|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SANTA CASA DE ALFENAS****CENTRO DE ONCOLOGIA****REGISTRO HOSPITALAR** **DE CÂNCER** |  |
| **SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS** |
| Solicitante:  | Ocupação: | Identidade: |
| Dados a coletar: |
| 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 no Hospital- *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 desta data, é de inteira responsabilidade do Solicitante.* |
| **Para uso do RHC:**O Relatório com os dados solicitados serão entregues em até 5 (cinco) dias úteis após a data de entrega deste Termo em nosso Setor.Recebemos em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Relatório entregue em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |