

ANEXO I

TERMO DE ISENÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

- Nome:
- Cargo:
- Você, ou alguém de sua família, tem interesse financeiro ou de outra ordem em empresas, o qual possa constituir potencial conflito de interesses?
Sim _____ Não _____
- Você teve, nos últimos 4 anos, emprego ou outra relação profissional com empresa ou distribuidor?
Sim _____ Não _____
- Se você respondeu “sim” a alguma das questões, dê, por favor, detalhes a seguir.
Tipo de vínculo/relacionamento (patentes, empregos, brindes, pagamentos, consultorias, palestras): _____

Nome da empresa: _____

Pertence a você, sua família ou grupo de trabalho? _____

O interesse é vigente, no momento atual?

Sim _____ Não _____

- Existe algum outro fato que possa afetar sua objetividade e independência nas decisões tomadas pela Comissão Permanente de Padronização de Material Médico Hospitalar, Fármaco, Serviços e Bens? _____

Declaro que as informações acima são corretas e que não há qualquer outra situação que represente real, potencial ou aparente conflito de interesses por mim conhecidos.

Declaro que informarei se houver mudança nestas circunstâncias.

• Assinatura: _____ RF _____

• Data ____/____/____