**ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE**

**DECLARAÇÃO DE POTENCIAIS CONFLITOS DE INTERESSES PARA AUTORES E REVISORES DE DOCUMENTOS DE ENVIO OBRIGATÓRIO PARA APRESENTAÇÃO DAS PROPOSTAS DE ATUALIZAÇÃO DO ROL**

|  |
| --- |
| Nome da tecnologia em saúde: |
| Indicação de uso: |
| Tipo de documento:⃝ Parecer Técnico-Científico/Revisão Sistemática⃝ Estudo de Avaliação Econômica em Saúde⃝ Estudo de Análise de Impacto Orçamentário |
| Título do documento: |
| 1. Você já aceitou de alguma instituição, que pode ser beneficiada ou prejudicada financeiramente pela análise técnica da tecnologia, algum dos benefícios abaixo?
 |
| * Reembolso por comparecimento a eventos relacionados à tecnologia
* Honorários por apresentação, consultoria, palestra ou atividades de ensino
* Financiamento para redação de artigos ou editoriais
* Suporte para realização ou desenvolvimento de pesquisa na área
* Recursos ou apoio financeiro para membro da equipe
* Algum outro benefício financeiro
 | ⃝ Sim ⃝ Não⃝ Sim ⃝ Não⃝ Sim ⃝ Não⃝ Sim ⃝ Não⃝ Sim ⃝ Não⃝ Sim ⃝ Não |
| 1. Você possui apólices ou ações de alguma empresa que possa, de alguma forma, ser beneficiada ou prejudicada pela análise técnica da tecnologia?
 | ⃝ Sim ⃝ Não |
| 1. Você possui algum direito de propriedade intelectual (patentes, registros de marca, royalties) de alguma tecnologia ligada à proposta em análise?
 | ⃝ Sim ⃝ Não |
| 1. Você já atuou como perito judicial na área tema da tecnologia em análise?
 | ⃝ Sim ⃝ Não |
| 1. Você participa, direta ou indiretamente, de algum grupo citado abaixo cujos interesses possam ser afetados pela sua atividade na análise técnica da tecnologia?
 |
| * Instituição privada com ou sem fins lucrativos
* Organização governamental ou não-governamental
* Produtor, distribuidor ou detentor de registro
* Partido político
* Comitê, sociedade ou grupo de trabalho
* Outro grupo de interesse
 | ⃝ Sim ⃝ Não⃝ Sim ⃝ Não⃝ Sim ⃝ Não⃝ Sim ⃝ Não⃝ Sim ⃝ Não⃝ Sim ⃝ Não |
| 1. Você poderia ter algum tipo de benefício clínico com a análise técnica da tecnologia?
 | ⃝ Sim ⃝ Não |
| 1. Você possui uma ligação ou rivalidade acadêmica com alguém cujos interesses possam ser afetados com a análise técnica da tecnologia?
 | ⃝ Sim ⃝ Não |
| 1. Você possui profunda convicção pessoal ou religiosa que pode comprometer o que você irá escrever e que deveria ser do conhecimento público?
 | ⃝ Sim ⃝ Não |
| 1. Existe algum aspecto do seu histórico profissional, que não esteja relacionado acima, que possa afetar sua objetividade ou imparcialidade?
 | ⃝ Sim ⃝ Não |
| 1. Sua família ou pessoas que mantenham relações próximas possui(em) alguns dos conflitos de interesse listados acima?
 | ⃝ Sim ⃝ Não |
| Caso você tenha respondido “sim” a qualquer uma das perguntas anteriores, por favor, especificar: |
| Nome do autor/revisor:  |
| Instituição/Vínculo profissional do autor/revisor:  |
| Confirmo que todas as informações declaradas são verdadeiras e completas. Comprometo-me a informar se houver qualquer mudança em alguma das questões deste formulário que possa influenciar o interesse durante o desenvolvimento das atividades.Data: Assinatura do autor/revisor:  |

*Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas (Apêndice A: Modelo de declaração de potenciais conflitos de interesses). Brasília, Ministério da Saúde, 2016. (adaptado).*