

## TERMO DE COMPROMISSO, CONFIDENCIALIDADE E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

### 1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome:

1.2 Instituição/ empresa:

1.3 Colegiado:

### 2. DO TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Declaro estar ciente de que compete aos colegiados da Farmacopeia Brasileira assessorar a Agência Nacional de Vigilância Sanitária na edição e na atualização da Farmacopeia Brasileira e demais compêndios, além do desenvolvimento de produtos relacionados.

Declaro estar ciente de que os membros dos colegiados da Farmacopeia Brasileira, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, podem ter acesso a informações de caráter confidencial relacionadas aos produtos sujeitos à vigilância sanitária nas reuniões do Comitê Gestor, dos Comitês Técnicos Temáticos e dos Grupos de Trabalho da Farmacopeia Brasileira.

Enquanto membro de colegiado da Farmacopeia Brasileira, e ou enquanto perdurarem os seus efeitos, me comprometo a:

- 2.1 Considerar as informações e documentos como confidenciais e concordar em adotar todas as medidas necessárias para garantir que as informações e documentos não sejam usadas, divulgadas ou copiadas, no todo ou em parte;
- 2.2 Não divulgar as deliberações e decisões das reuniões a pessoas externas aos colegiados da Farmacopeia Brasileira, exceto se acordado com o Comitê Gestor;
- 2.3 Manifestar-me, em reunião do colegiado, quanto a potencial existência de conflito de interesses relacionado a tema específico a ser tratado;
- 2.4 Devolver à Coordenação da Farmacopeia cópias das informações e documentos confidenciais que se encontram em sua posse, caso seja requerido;
- 2.5 Depositar todos os documentos e informações relacionadas aos trabalhos dos colegiados da Farmacopeia Brasileira em plataforma digital específica para o colegiado;
- 2.6 Dedicar-me às atividades propostas para o colegiado da Farmacopeia Brasileira respeitando as diretrizes estabelecidas pelo Comitê Gestor; e
- 2.7 Não agir de maneira prejudicial à imagem ou interesses da Farmacopeia Brasileira, respeitando as regras de conduta estabelecidas.

Declaro estar de acordo com os procedimentos descritos neste item, comprometendo-me a respeitá-los e cumpri-los plena e integralmente.

### 3. DA DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro estar ciente de que todos os potenciais interesses conflitantes aqui declarados, concomitantes a minha atuação em colegiado da Farmacopeia Brasileira, serão divulgados ao Comitê Gestor para deliberação quanto à liberação ou impedimento de minha participação em reuniões de colegiados da Farmacopeia Brasileira.

\* conflito de interesses: a situação gerada pelo confronto entre interesses públicos e privados, que possa comprometer o interesse coletivo ou influenciar, de maneira imprópria, o desempenho da função pública.

Declaro estar ciente de que os trabalhos dos colegiados da Farmacopeia Brasileira requerem a assistência de especialistas externos que podem ter interesses relacionados a sua expertise.

Declaro estar ciente de que, para se garantir uma alta integridade e confiança pública em suas atividades, requer-se que os especialistas que atuam nesta função consultiva revelem quaisquer circunstâncias que possam oferecer um potencial conflito de interesses\* relacionado ao tema em que prestarão colaboração na Farmacopeia Brasileira.

Declaro que estou informando qualquer interesse:

- que possa afetar a objetividade e independência do especialista;
- financeiro, profissional ou outro relevante relacionado ao objeto de trabalho e qualquer interesse que possa ser afetado pelo resultado do trabalho;
- relevante de meus membros familiares imediatos (cônjuge ou companheiros e filhos);
- de outras partes com quem eu tenha comum interesse (empregado, associações profissionais, unidades administrativas).

3.1 Vínculo empregatício em entidade comercial relacionada ao trabalho do órgão colegiado *(pode ser inserido mais de um vínculo; caso não haja, escrever “não há”)*.

Período:

Posto/ função:

Nome da instituição/ empresa:

3.2 Consultoria relacionada ao trabalho do órgão colegiado *(pode ser inserido mais de um vínculo; caso não haja, escrever “não há”)*.

Período:

Posto/ função:

Nome da instituição/ empresa:

Descrever sucintamente a atividade:

3.3 Interesse comercial relacionado ao trabalho do órgão colegiado *(pode ser inserido mais de um interesse; caso não haja, escrever “não há”)*

Ações ou sociedades:

Propriedade intelectual:

3.4 Fundos e privilégios recebidos de instituições/ empresas relacionadas ao trabalho do órgão colegiado *(pode ser inserido mais de um fundo ou privilégio; caso não haja, escrever “não há”)*,

Data:

Valor:

Instituição/ empresa:

\* conflito de interesses: a situação gerada pelo confronto entre interesses públicos e privados, que possa comprometer o interesse coletivo ou influenciar, de maneira imprópria, o desempenho da função pública.

3.5 Interesses de familiares imediatos (*pode ser inserido mais de um familiar; caso não haja, escrever “não há”*).

Descrever sucintamente o interesse incluindo o nome da instituição/ empresa:

3.6 Trabalhos prestados para outras farmacopeias, conselhos e assemelhados (*pode ser inserido mais de um trabalho; caso não haja, escrever “não há”*).

Período:

Posto/ função:

Farmacopeia/ conselho:

Descrever sucintamente a atividade:

3.7 Qualquer outro interesse a relatar (caso não haja, escrever “não há”).

Declaro que as informações descritas no presente documento são verdadeiras e completas.

Caso haja qualquer mudança no que se refere à informação prestada acima, comprometo-me prontamente a notificar à Coordenação da Farmacopeia e a submeter uma nova declaração de interesses contendo as novas informações.

Este documento segue assinado pelo declarante.

Data:

Assinatura:

\* conflito de interesses: a situação gerada pelo confronto entre interesses públicos e privados, que possa comprometer o interesse coletivo ou influenciar, de maneira imprópria, o desempenho da função pública.