

## DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Saúde Digital e Comunicação em Saúde

### Informações Pessoais da Pessoa Indicada

Nome completo:

CPF:

Telefone:

E-mail:

### Conflito de Interesses

I – Você tem algum interesse financeiro ou de outra espécie no tema da Transformação Digital em Saúde (Saúde Digital) ou da Comunicação em Saúde que possa ser considerado como um conflito de interesse real, potencial ou aparente?

SIM

NÃO

Se SIM, favor especificar:

II – Você tem ou teve, nos últimos 5 (cinco) anos, vínculo profissional ou outro tipo de relação com alguma entidade diretamente envolvida no desenvolvimento, produção ou venda de soluções tecnológicas, plataformas de sistemas de informação, ou outras Tecnologias de Informação, Informática e Comunicação?

SIM

NÃO

Se SIM, favor especificar o tipo de interesse:

Pessoal

Comercial

Acadêmico

Político

Financeiro

Ainda se SIM, favor incluir o nome o nome da empresa ou entidade:

III - Você tem ou teve, nos últimos 5 (cinco) anos, vínculo profissional ou outro tipo de relação com alguma entidade ou associação civil do setor privado de assistência à saúde (laboratórios, clínicas, hospitais, planos de saúde, indústria farmacêutica, etc)?

SIM

NÃO

Se SIM, favor especificar o tipo de interesse:

Pessoal

Comercial

Acadêmico

Político

Financeiro

Ainda se SIM, favor incluir o nome o nome da empresa ou entidade:

IV – Você tem ou teve, nos últimos 5 (cinco) anos, vínculo profissional ou outro tipo de relação com alguma entidade, associação civil ou outra instituição destinada à defesa de interesses de empresas do ramo da tecnologia da informação, informática e comunicação ou do setor privado de assistência à saúde?

SIM

NÃO

Se SIM, favor especificar, incluindo o nome da instituição:

V – Você tem ou teve, nos últimos 5 (cinco) anos, vínculo profissional ou outro tipo de relação com entidades responsáveis por organizar eventos nacionais e internacionais, como congressos, simpósios, cursos, seminários, e workshops realizados com recursos de empresas do ramo da tecnologia da informação, informática ou comunicação ou do setor privado de assistência à saúde?

SIM

NÃO

Se SIM, favor especificar o tipo de interesse:

Pessoal

Comercial

Acadêmico

Político

Financeiro

Ainda se SIM, favor incluir o nome o nome da empresa ou entidade organizadora de eventos:

VI – Você tem ou teve, nos últimos 5 (cinco) anos, patrocínio de empresa do ramo da tecnologia da informação, informática ou comunicação para a realização de estudos ou para a publicação de texto científico em periódico ou para inscrição, transporte ou hospedagem para participação em congresso científico ou eventos similares relacionados com os temas da transformação digital em saúde (saúde digital) ou comunicação em saúde?

SIM

NÃO

Se SIM, favor especificar, incluindo o nome da empresa:

VII – Você tem ou teve, nos últimos 5 (cinco) anos, patrocínio de empresa do setor privado de assistência a saúde (laboratórios, clínicas, hospitais, planos de saúde, indústria farmacêutica, etc) para a realização de estudos ou para a publicação de texto científico em periódico ou para inscrição, transporte ou hospedagem para participação em congresso científico ou eventos similares relacionados com os temas da transformação digital em saúde (saúde digital) ou comunicação em saúde?

SIM

NÃO

Se SIM, favor especificar, incluindo o nome da empresa:

VIII - Você presta ou prestou, nos últimos 5 (cinco) anos, serviço, tal como consultoria ou apresentação de produto, ou recebeu algum outro tipo de apoio institucional por empresa do ramo da tecnologia da informação, informática ou comunicação?

SIM

NÃO

Se SIM, favor incluir o nome o nome da empresa:

IX - Você presta ou prestou, nos últimos 5 (cinco) anos, serviço, tal como consultoria ou apresentação de produto, ou recebeu algum outro tipo de apoio institucional por empresa do setor privado de assistência à saúde?

SIM

NÃO

Se SIM, favor incluir o nome o nome da empresa:

X – Há mais algum fato que possa afetar sua objetividade ou independência nesta Câmara Técnica?

- SIM  
 NÃO

Se SIM, favor especificar:

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e que nenhuma outra situação de conflito de interesses real ou potencial é conhecida por mim. Comprometo-me a comunicar quaisquer mudanças nas circunstâncias.

---

(Município) (UF) (Data) (Assinatura)