

SECOVID – Audiência Pública



DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Consulta pública: Inclusão de crianças de 5 a 11 anos na campanha de vacinação contra a COVID-19.

INFORMAÇÕES PESSOAIS (todas os campos são de preenchimento obrigatório):

| | |
|----------------|------------------------|
| Nome completo: | |
| CPF: | Telefone para contato: |
| E-mail: | |

INFORMAÇÕES SOBRE CARGO/INSTITUIÇÃO QUE REPRESENTA NA AUDIÊNCIA PÚBLICA

| |
|-----------------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> |
|-----------------------------|

CONFLITO DE INTERESSES

| |
|--|
| <p>1. Você tem algum interesse financeiro ou de outra espécie no tema discutido, que possa ser considerado como um conflito de interesse real, potencial ou aparente?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Se SIM, por favor, especifique:</p> <hr/> <hr/> <hr/> |
| <p>2. Você tem, ou teve nos cinco últimos anos, um emprego ou outro tipo de relação com alguma entidade envolvida diretamente na produção, manufatura, distribuição ou venda de produto ou imunizante indicado ou utilizado no diagnóstico ou tratamento da doença ou condição em pauta?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Se SIM, por favor, marque o <u>tipo de interesse</u>:</p> <p><input type="checkbox"/> Pessoal <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Acadêmico <input type="checkbox"/> Político <input type="checkbox"/> Financeiro</p> |
| <p>3. Você tem, ou teve nos cinco últimos anos, atividades em Organização Não-Governamental (ONG) ou outra associação destinada à defesa de interesses de pacientes com a doença ou condição em pauta, ou de profissionais da saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Se SIM, por favor, indique o nome da ONG/associação:</p> <hr/> <hr/> <hr/> |
| <p>4. Você tem, ou teve nos cinco últimos anos, patrocínio de empresa de produtos para a saúde ou da indústria farmacêutica para inscrição, transporte, ou hospedagem, para participação em Congresso?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Se SIM, por favor, especifique o nome da empresa ou indústria que o(a) patrocinou:</p> |

SECOVID – Audiência Pública



Se **SIM**, por favor, indique o fato:

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que nenhuma outra situação de conflito de interesses real ou potencial é conhecida por mim.

Comprometo-me a comunicá-los sobre quaisquer mudanças nestas circunstâncias.

_____, _____ de 2022.

(<Local, <data> de <mês> de 20<ano>)

(Assinatura)