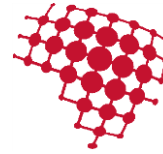




PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA



TERMO DE ISENÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nome:

Cargo:

Você, ou alguém de sua família, tem interesse financeiro ou de outra ordem em empresa farmacêutica ou de equipamentos para a saúde, o qual possa constituir potencial conflito de interesses?

Sim ____

Não ____

Você teve, nos últimos 4 anos, emprego ou outra relação profissional com empresa farmacêutica ou distribuidora de medicamentos?

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 ____
Se “não”, quando cessou o interesse?

Existe algum outro fato que possa afetar sua objetividade e independência nas decisões tomadas pela CFT?

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 conhecida.

Declaro que informarei se houver qualquer mudança nessas circunstâncias.

Assinatura: _____

Data: _____