

Descrição ou título do projeto/estudo/parecer/atividade a ser considerado(a):

---

---

Posição: Autor principal ( ) Coautor ( ) Orientador/Supervisor ( ) Parecerista *Ad hoc* ( ) Outros \_\_\_\_\_

**Considerando o assunto em epígrafe, sua posição e os seus últimos cinco anos, responda as questões:**

**Sim Não**

1. Você já aceitou de uma instituição, que pode se beneficiar ou se prejudicar financeiramente, algum dos benefícios abaixo?
  - a) Reembolso por comparecimento a eventos na área de sua pesquisa ☐ Sim ☐ Não
  - b) Honorários por apresentação, consultoria, palestra ou atividades de ensino ☐ Sim ☐ Não
  - c) Financiamento para redação de artigos ou editoriais ☐ Sim ☐ Não
  - d) Suporte para realização ou desenvolvimento de pesquisa na área ☐ Sim ☐ Não
  - e) Recursos ou apoio financeiro para membro da equipe ☐ Sim ☐ Não
  - f) Algum outro benefício financeiro ☐ Sim ☐ Não
2. Você possui apólices ou ações de alguma empresa que possa de alguma forma ser beneficiada ou prejudicada? ☐ Sim ☐ Não
3. Você possui algum direito de propriedade intelectual (patentes, registros de marca, *royalties*)? ☐ Sim ☐ Não
4. Você já atuou como perito judicial? ☐ Sim ☐ Não
5. Você participa, direta ou indiretamente, de algum grupo citado abaixo cujos interesses possam ser afetados pela sua atividade?
  - a) Instituição privada com ou sem fins lucrativos ☐ Sim ☐ Não
  - b) Organização governamental ou não-governamental ☐ Sim ☐ Não
  - c) Produtor, distribuidor ou detentor de registro ☐ Sim ☐ Não
  - d) Partido político ☐ Sim ☐ Não
  - e) Comitê, sociedade ou grupo de trabalho ☐ Sim ☐ Não
  - f) Outro grupo de interesse ☐ Sim ☐ Não

- |                                                                                                                                                | <b>Sim</b>            | <b>Não</b>            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 6. Você poderia ter algum tipo de benefício clínico?                                                                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Você possui uma ligação ou rivalidade acadêmica com alguém cujos interesses possam ser afetados?                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Você possui profunda convicção pessoal ou religiosa que pode comprometer o que você irá escrever e que deveria ser do conhecimento público? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Existe algum aspecto do seu histórico profissional, que não esteja relacionado acima, que possa afetar sua objetividade ou imparcialidade?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Sua família ou pessoas que mantenha relações próximas possui alguns dos conflitos listados acima?                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Caso você tenha respondido “sim” a qualquer uma das perguntas anteriores, favor especificar:

---

---

---

---

---

---

---

---

Nome: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Confirmo que todas as informações declaradas são verdadeiras e completas. Comprometo-me a informar se houver qualquer mudança em algumas das questões deste formulário que possa influenciar o interesse durante o desenvolvimento das atividades.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Assinatura