**DIVULGAÇÃO DE POTENCIAL DE CONFLITO DE INTERESSE**

Título do artigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em conformidade com a resolução n° 1595/2000 do Conselho Federal de Medicina e da vigilância Sanitária RDC (102/2000) a Revista **The FIEP BULLETIN** solicita que todos os autores do artigo citado preencham o presente formulário de divulgação de potencial de conflito de interesse. No caso de ser revelado potencial de conflito de interesses, a descrição de referido conflito, deverá ser realizada em documento à parte, redigido pelo referido autor. Os itens abaixo-relacionados deverão ser considerados ao ser preenchido este formulário:

(1) Participação em estudos clínicos e ou experimentais subvenciados pela indústria;

(2) Ser palestrante em eventos patrocinados pela indústria;

(3) Ser membro do conselho consultivo ou diretivo da indústria;

(4) Participar de comitês normativos de estudos científicos patrocinados pela indústria;

(5) Receber apoio institucional da indústria;

(6) Ter ações na indústria;

(7) Preparo de textos científicos em periódicos patrocinados pela indústria. Nota: Todos os autores deverão assinar o termo de potencial de conflito. Não tenho nenhum potencial de conflito de interesse em relação ao presente trabalho.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local data

Não tenho nenhum potencial conflito de interesse em relação ao presente artigo:

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Nota: Todos os autores deverão assinar. Para maior número de assinaturas, poderão ser adicionadas novas páginas