**Declaração de interesses**

**nome do comitê**

Um Comitê Consultivo em Práticas de Imunização (CCPI) tem como propósito assessorar e apresentar recomendações ao Ministério da Saúde de seu país em matéria de vacinas e estratégias de imunização. A credibilidade do CCPI dependerá de sua independência desse ministério bem como de sua objetividade e imparcialidade diante das pressões de outras partes interessadas.

Os membros do painel de peritos ou conselheiros de um CCPI são selecionados com base em sua *expertise* e reconhecida trajetória. Sua participação no comitê é de caráter pessoal e não representa nenhuma instituição ou grupo de interesse. Seu desempenho no CCPI exige independência e integridade a fim de evitar situações em que interesses de qualquer natureza possam interferir ou comprometer sua imparcialidade no processo de apresentação de recomendações.

Não é responsabilidade dos conselheiros nem dos postulantes ao painel de peritos avaliar e definir se seus interesses estão em conflito com o exercício de sua função no Nome do comitê e SIGLA entre parênteses. Nesse caso, a comissão encarregada do processo de seleção de membros para o painel de peritos do SIGLA do comitê fará essa determinação com as informações proporcionadas neste formulário. Assim, a comissão poderá prever um possível conflito de interesses, entendido como o risco de que uma decisão do SIGLA do comitê seja influenciada por outros interesses ou de que seja percebida dessa maneira com base em interesses passados, concorrentes e futuros. Tão somente a percepção ou suspeita de um possível conflito de interesses pode prejudicar o SIGLA do comitê, bem como o Programa Nacional de Imunizações e o Ministério da Saúde, em última instância.

Este formulário de declaração de interesses possibilita o relato de todo interesse profissional, pessoal (direto ou por intermédio de familiares), não pessoal (em favor da instituição ou organização à que você pertence), financeiro (títulos, rendas, financiamento de pesquisa, viagens a conferências, patentes, etc.), não material (crenças religiosas, políticas, espirituais) e social (prestígio, redes). Também se solicita declarar os interesses pertinentes de seus parentes próximos e, caso tenha conhecimento, os interesses pertinentes de terceiros com os quais compartilhe interesses e que possam ser percebidos como suscetíveis de influência em seus critérios.

Caso seja designado como membro do painel de peritos do SIGLA do comitê, ao longo de seu período de serviço, você deverá notificar à secretaria, coordenação ou presidência de seu comitê qualquer mudança nas informações desta declaração, assim que possível. Além disso, antes do início de cada reunião ou processo consultivo, terá a oportunidade de atualizar a informação sobre seus outros interesses.

Os interesses aqui declarados não necessariamente o impedem de fazer parte do painel de especialistas do SIGLA do comitê. O fundamental é que estes não afetem sua capacidade de desempenhar seu trabalho livre de viés, de basear-se nas evidências científicas disponíveis e de trabalhar orientado pela saúde pública. Responder “Sim” a uma das perguntas deste formulário não implica automaticamente sua desqualificação. Suas respostas serão examinadas pela comissão de seleção para definir se existe um conflito de interesses. Caso haja um interesse potencial ou significativo, uma ou mais das três medidas a seguir podem ser adotadas a fim de administrar o conflito de interesses:

1. Permitir sua participação plena, após a divulgação pública de seu interesse.
2. Determinar uma exclusão parcial. Ou seja, excluí-lo da parte da reunião ou do trabalho relacionada ao interesse declarado, bem como do processo de decisão correspondente;
3. Determinar sua exclusão total. Ou seja, você não poderá participar de nenhuma reunião ou trabalho.

Caso não seja possível ou não deseje revelar detalhes de um interesse que poderia suscitar um conflito real ou aparente, declare que pode haver um conflito de interesses, e a comissão de seleção, após consultá-lo, tomará uma decisão. A comissão de seleção se compromete com a confidencialidade das informações declaradas neste formulário.

**Nome:****Correio eletrônico:** **Data:**

**Declaração de interesses**

**Nome do comitê**

*Responda todas as perguntas a seguir. Se a resposta a qualquer pergunta for "sim", descreva brevemente as circunstâncias relacionadas na última página do formulário.*

*O termo "você” se refere a sua própria pessoa e a seus parentes próximos (a saber, cônjuge ou companheiro com quem tenha uma relação pessoal equivalente e filhos). Por "entidade comercial” se entende toda atividade comercial, associação industrial, instituição de pesquisa ou outro empreendimento cujo financiamento proceda, em grande medida, de fontes comerciais com um interesse relacionado ao tema da reunião ou do trabalho. O termo "organização” compreende organização governamental, internacional ou sem fins lucrativos, e “reunião” inclui uma série ou ciclo de reuniões.*

**1. Nos últimos** **número anos, você recebeu remuneração de alguma entidade com interesses relacionados a vacinas ou estratégias de vacinação?**

1a Funcionário Sim  Não

1b Consultor, especialmente como assessor técnico o de outro tipo Sim  Não

1c Conferencista ou capacitador Sim  Não

**2. Nos últimos** **número anos, você ou sua unidade de pesquisa receberam apoio financeiro**

**de alguma entidade com interesses relacionados a vacinas ou estratégias de vacinação?**

2a Doações, colaborações, patrocínios e outras formas de financiamento Sim  Não    
2b Apoio não monetário: equipes, instalações, assistentes de pesquisa, inscrições, passagens ou estadias

para conferências ou reuniões associadas a sua *expertise* ou de outro tipo Sim  No

**3. Possui ou já possuiu investimentos (ações, títulos ou outra participação de capital) em uma**

**entidade comercial que tenha algum interesse relacionado a vacinas e estratégias de imunização?**

**Mencione investimentos indiretos, por exemplo, em entidades fiduciárias ou *holding*.**

**Exclua fundos de investimento, pensões ou investimentos semelhantes que sejam amplamente**

**diversificados e nos quais não tenha participação majoritária.**

3a Atualmente Sim  Não

3c Já tive Sim  Não

**4. Você é titular de direitos de propriedade intelectual que poderiam ser valorizados ou diminuídos por seu acesso a informação confidencial associada ao trabalho do**  **SIGLA do comitê ou a suas recomendações?**

Sim  Não

**5. Você é membro de algum grupo colaborativo, conselho ou comitê consultivo relacionado a**

**pediatria, infectologia, epidemiologia ou saúde pública?**

Sim  Não

Em caso afirmativo, a qual pertence e que função desempenha?

**6. No âmbito de um processo administrativo, legislativo ou judicial, você emitiu algum parecer ou depoimento em temas referentes a vacinas ou estratégias de imunização?**

Sim  Não

Em caso afirmativo, qual foi o tema?

**7. Nos próximos** **número meses, você prevê o surgimento de interesses ou o aumento de renda advindo de consultorias, palestras, assessorias ou outra atividade remunerada associada a vacinas e estratégias de imunização?**

Sim  Não

Em caso afirmativo, descreva.

**8. A menos que esta informação tenha sido revelada acima, declare se tiver trabalhado com qualquer entidade comercial na área de vacinas; se sua participação no** **SIGLA do comitê possibilitará acesso a informações confidenciais e de domínio privado de um concorrente comercial ou intelectual; se sua participação no** **SIGLA do comitê proporcionará uma vantagem ou benefício competitivo no âmbito pessoal, profissional, financeiro ou comercial.**

Sim  Não

**9. Você desempenhou algum cargo ou outra função, remunerada ou não, em que representou interesses ou defendeu uma postura relacionada a vacinas ou estratégias de imunização?**

Sim  Não

**10. É de seu conhecimento que o acesso a informações confidenciais, processos consultivos ou recomendações do** **SIGLA do comitê pode beneficiar ou prejudicar terceiros com os quais você tem interesses substanciais em comum no âmbito pessoal, financeiro, profissional ou comercial (por exemplo, seus filhos adultos ou irmãos, colegas profissionais próximos, sua unidade administrativa ou departamento)?**

Sim  Não

**11. Você recebeu algum pagamento ou contribuição da parte de qualquer pessoa ou entidade para financiar seu transporte ou tempo dedicado a esta postulação?**

Sim  Não

**12. Nos próximos** **número meses, você prevê o surgimento ou a mudança de interesses da empresa, centro acadêmico ou de pesquisa, ou unidade a que você pertence que estejam associados a vacinas e estratégias de imunização?**

Sim  Não

Em caso afirmativo, descreva.

**13. Há algum outro aspecto de sua história ou circunstâncias atuais que não tenha sido abordado acima e que poderia ser percebido como suscetível de afetar sua objetividade e independência?**

Sim  Não

**EXPLICAÇÃO DAS RESPOSTAS AFIRMATIVAS**

Se você respondeu “**sim**” a alguma das perguntas anteriores, **descreva brevemente as circunstâncias na Tabela 1 e Tabela 2 nas páginas a seguir, conforme seja pertinente**. **Se a natureza de um interesse não for descrita ou se o número ou o valor pertinente não for informado na respectiva resposta, será presumido que o conflito é significativo.**

**Tabela 1. Detalhes das perguntas de 1 a 4**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número da pergunta e letra (se pertinente)** | **Nome da empresa, organização ou instituição** | **Pertence a você, um membro de sua família, seu empregador, unidade de pesquisa ou outra entidade?** | **Valor da renda ou do interesse (caso não seja divulgado, será presumido que é significativo)** | **Interesse atual ou o ano em que deixou de existir** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Continuação da Tabela 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número da pergunta e letra (se pertinente)** | **Nome da empresa, organização ou instituição** | **Pertence a você, um membro de sua família, seu empregador, unidade de pesquisa ou outra entidade?** | **Valor da renda ou do interesse (caso não seja divulgado, será presumido que é significativo)** | **Interesse atual ou o ano em que deixou de existir** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Tabela 2. Detalhes das perguntas de 8 a 11**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descreva o tema** | **Indique as circunstâncias específicas em que a situação ocorreu ou poderia ocorrer** | **Indique as partes envolvidas** | **Indique as datas, se pertinente** | **Comentários adicionais** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Continuação da Tabela 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descreva o tema** | **Indique as circunstâncias específicas em que a situação ocorreu ou poderia ocorrer** | **Indique as partes envolvidas** | **Indique as datas, se pertinente** | **Comentários adicionais** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

AUTORIZAÇÃO DE EXAME. Ao preencher, assinar e entregar este formulário, você está autorizando que a comissão de seleção de conselheiros para o painel de peritos do SIGLA do comitê examine seus interesses.

**DECLARAÇÃO. Declaro que as informações apresentadas neste formulário são verdadeiras e completas de acordo com o conhecimento e entendimento de que disponho.**

**Se houver qualquer mudança nas informações anteriores, notificarei imediatamente o responsável no** **SIGLA do comitê e preencherei um novo formulário de declaração de interesses em que serão descritas essas mudanças, ou acatarei as indicações do** **SIGLA do comitê para a abordagem das novas informações sobre meus interesses.**

Nome:

Assinatura:

Data: