**Declaração de conflito de interesses**

Cada autor deverá preencher uma declaração fazendo uso do formulário abaixo. Após o preenchimento adequado, o autor precisará imprimir para datar e assinar antes do encaminhamento à Sociedade Brasileira de Dermatologia.

**DECLARAÇÃO**

Parte superior do formulário

Eu, , submeto para publicação nos Anais Brasileiros de Dermatologia o artigo intitulado: 

Certifico que (1) o trabalho apresentado não recebeu qualquer suporte financeiro da indústria farmacêutica ou outra fonte comercial, exceto as descritas abaixo, e (2) nem eu ou qualquer parente de primeiro grau possuímos interesse financeiro no assunto abordado no manuscrito.

Indique, na tabela abaixo, o tipo e a natureza de qualquer relação que você ou algum de seus parentes de primeiro grau tem ou tiveram nos últimos cinco anos com empresas privadas ou organizações sem fins lucrativos.

|  |
| --- |
| **TIPO DE RELAÇÃO** |
| A | acionista |
| C | consultor |
| CC | conselho consultivo |
| D | diretor |
| E | empregado |
| F | fundador |
| I | investigador |
| O | outros |
| P | palestrante |
| PR | proprietário |

|  |
| --- |
| **NATUREZA DA COMPENSAÇÃO** |
| A | ações |
| DP | direitos propriedade intelectual |
| E | equipamento |
| H | honorários |
| NC | nenhuma compensação recebida |
| R | royalties |
| RE | financiamento residência médica |
| S | salário |
| V | verbas de órgãos de fomento |

Parte inferior do formulário

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome da Empresa | Tipo de Relação | Natureza da Compensação |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |

Inserir

|  |
| --- |
| Nome:   |
| Assinatura |
| Data (dia/mês/ano)  |

Imprimir