



AlgarveMédico

Revista Científica

Envie este documento para: Algarve Médico - Assessoria Editorial - Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de
Portimão | Sítio do Poço Seco | 8500-338 Portimão, PORTUGAL | Tel. 282 450 357 | email: algarve.medico@ch.algarve-min-saude.pt

Documento revisto a 3 de Outubro de 2022

Declaração de inexistência de Conflito de Interesses

Título do original: _____

Tipologia do original: _____

1. Apoio financeiro relevante para este estudo

2. Informação Financeira do Autor

Pede-se ao(s) autor(es) que declare(m) qualquer associação comercial ou outra que possa representar um conflito de interesses relevante para o original a ser submetido. Considera-se que devem ser declaradas quaisquer relações com entidades que possam potencialmente beneficiar ou ser prejudicadas pela publicação dos resultados da investigação ou estudo, tais como Consultorias e Honorários, *Royalties* ou outros.

3. Atividades de Estudo

De acordo com o *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*, indique qual/quais o(s) autor(es) responsáveis pelos seguintes aspetos do trabalho. Cada autor deve ser indicado em pelo menos uma categoria.

Nome(s) _____

- a – Desenho/Conceção do original;
- b – Aquisição de dados;
- c – Análise e interpretação de dados;
- d – Preparação do manuscrito;
- e – Análise estatística.

4. Assinatura do Autor Correspondente

Certifico que assumo responsabilidade pública pelo trabalho. Concedo permissão para que qualquer informação divulgada neste documento, num sumário apropriado, seja publicada com o original, se este for aceite para a publicação no Algarve Médico. Atesto que cada autor do manuscrito forneceu as informações necessárias para que eu possa preencher este documento. Caso seja aceite, eu (e todos os outros autores) transfiro para o Algarve Médico os direitos de autor da obra intitulada “_____”, em formato mecânico ou eletrónico.

Garanto que o material é original, não está sob consideração por outra revista ou publicação e não foi publicado anteriormente. Certifico também que os co-autores leram o original e respectivas revisões e concordaram em ser co-autores. Eu garanto que qualquer paciente ou participante mencionado no texto, exposto numa fotografia, ou que seja de outra forma identificável, deu o seu consentimento informado para a publicação desse material.

Assinatura _____ Data _____