

FORMULÁRIO PARA CONFLITO DE INTERESSE - COOPERADOS

Governança, Riscos e Compliance



CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	DATA REVISÃO	REVISÃO	PÁGINA
Confidencial	RPU.OPS.GRC-0005	31/07/2023	001	1 de 3
REGISTRO PADRÃO UNIMED				

COOPERADO	
Nome Completo	
Especialidade Médica	
Clínica e/ou Hospital onde atua	

O preenchimento deste formulário deve refletir a realidade. Uma vez identificado desvios de informação, ou omissões propositais, o conteúdo será submetido ao Comitê de Ética e Conduta da Unimed Ponta Grossa, o qual após investigação poderá indicar medidas disciplinares se necessário.

Este procedimento faz parte de nosso controle interno no que tange aos riscos decorrentes de transações com partes relacionadas, de acordo com o CPC-05 (Divulgação sobre Partes Relacionadas).

RESPONDA AS SEGUINTE PERGUNTAS		SIM	NÃO
1.	A sua especialidade médica poderá conflitar no processo decisório da cooperativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Existem familiares ou pessoas próximas em poder de decisão em órgãos públicos que tenham alguma relação com a nossa empresa? (Exemplos de órgãos públicos: Poder Executivo, Legislativo, Judiciário, Ministério Público, Tribunal de Contas, Autarquias, Fundações, Agências Reguladoras, Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Você atua para algum concorrente da Unimed Ponta Grossa? (outras operadoras de plano de saúde, por exemplo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Você atua ou tem algum familiar com poder de decisão que trabalha para alguma empresa que possua relacionamento com a Unimed Ponta Grossa (ex.: fornecedores, clientes, órgão público)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Você tem alguma participação societária em alguma empresa que tem relacionamento com Unimed Ponta Grossa? (exemplo: concorrente, prestador, fornecedor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Você tem algum laço de amizade, parentesco ou alguma relação com pessoas que possam influenciar alguma decisão sua na Unimed Ponta Grossa? (não significa que influêncie, mas que potencialmente possa influenciar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Você possui algum familiar trabalhando na Unimed Ponta Grossa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULÁRIO PARA CONFLITO DE INTERESSE - COOPERADOS

Governança, Riscos e Compliance



CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	DATA REVISÃO	REVISÃO	PÁGINA
Confidencial	RPU.OPS.GRC-0005	31/07/2023	001	2 de 3
REGISTRO PADRÃO UNIMED				

Se houver pelo menos uma resposta "sim", é necessário responder abaixo.
(Inclua o número da respectiva pergunta acima e explique o porquê da sua resposta "sim")

Se houver outros fatores que possam configurar possíveis conflito de interesse, por favor especifique
abaixo

Declaro que o preenchimento das informações reflete a realidade, e me comprometo a acionar o
Compliance em caso de dúvidas ou situações que possam configurar conflito de interesse durante minha
atuação na Unimed Ponta Grossa.

	/ /
Assinatura	Data

FORMULÁRIO PARA CONFLITO DE INTERESSE - COOPERADOS

Governança, Riscos e Compliance



CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	DATA REVISÃO	REVISÃO	PÁGINA
Confidencial	RPU.OPS.GRC-0005	31/07/2023	001	3 de 3
REGISTRO PADRÃO UNIMED				

Para preenchimento interno (Unimed Ponta Grossa) em caso de conflitos existentes.

PARECER COMPLIANCE	
Explique se o eventual conflito precisa ser evitado ou se a situação não representa risco e pode ser aprovada.	
/ /	/ /
Assinatura	Data

PARECER DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E/OU CONSELHO FISCAL	
Explique se o eventual conflito precisa ser evitado ou se a situação não representa risco e pode ser aprovada.	
/ /	/ /
Assinatura	Data

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
Laysa Rafaely Rosini	Jaqueline P. De Lima Ivaniski	Amanda Hornung