|  |  |
| --- | --- |
| **Nome Completo do sócio**  |       |
| **CPF do sócio** |       |
| **Empresa** |       |
| **CNPJ** |       |

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 SEGUINTES PERGUNTAS** | **SIM** | **NÃO** |
| 1. | Existem parentes na linha de reporte hierárquico (até dois níveis para cima ou até dois níveis para baixo)?  |[ ] [ ]
| 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.) |[ ] [ ]
| 3. | Você possui alguma relação pessoal com algum concorrente?  |[ ] [ ]
| 4. | Você tem algum parente trabalhando na Unimed Ponta Grossa ou na concorrência? |[ ] [ ]
| 5. | Você tem algum parente com poder de decisão trabalhando em empresas que possuem algum relacionamento com a nossa empresa? |[ ] [ ]
| 6. | Você tem alguma participação societária na nossa empresa ou em alguma empresa que tem relacionamento com a nossa? (exemplo: você é empregado, sócio ou dirigente em algum concorrente nosso?) |[ ] [ ]
| 7. | Você tem algum laço de amizade, parentes ou alguma relação com pessoas que possam influenciar alguma decisão sua na empresa (não significa que influência, mas que potencialmente possa influenciar)? |[ ] [ ]
| 8. | Você já teve algum vínculo com a Unimed Ponta Grossa? (exemplo: CLT, prestador, terceiro, estágio).  |[ ] [ ]

|  |
| --- |
| **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")** |
|       |

|  |
| --- |
| **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 do sócio responsável** | **Data** |

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

|  |
| --- |
| **PARECER DO SUPERIOR | GESTOR DO CONTRATO** |
| **Explique se o eventual conflito precisa ser evitado ou se a situação não representa risco e pode ser aprovada.** |
|       |
|       |      /     /      |
| **Assinatura** | **Data** |

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