

**ANEXO O**  
**DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES**  
**DE PSICÓLOGO E DE MÉDICO PSIQUIATRA**

<b>De:</b> _____ (nome do Psicólogo / Psiquiatra)	<b>Assunto:</b> Declaração de isenção de conflito de interesses.
<b>Ao:</b> Presidente da Comissão de Recebimento e Avaliação de Documentos (CRAD) - DRSP	

Eu, \_\_\_\_\_, **DECLARO**  
ter realizado a Avaliação Psicológica / Psiquiátrica do(a)  
voluntário(a) \_\_\_\_\_

para o Processo Seletivo Simplificado (PSS) de Convocação e Incorporação de Profissionais de saúde, com Vistas à Prestação do Serviço Militar Temporário Voluntário de Saúde OTVS 1-2023, nos moldes e critérios recomendados pelo edital do PSS, observando e cumprindo rigorosamente o disposto nos Códigos de Ética Profissional do Psicólogo / Médico Psiquiatra e nas demais Resoluções vigentes dos respectivos Conselhos de Fiscalização das Profissões (CFP / CFM).

**DECLARO**, ainda, não possuir qualquer vínculo empregatício com a Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, tampouco vínculo de parentesco ou relações de afinidade/amizade com o(a) voluntário(a) em questão.

Por ser verdade, firmo a presente.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
\*Assinatura da (o) Psicólogo (a) / n° CRP (com carimbo)  
\*Assinatura do (a) Médico (a) Psiquiatra / n° CRM (com carimbo)

**\*Deverá ser o mesmo profissional que assinou o Atestado, conforme item 10.5.3**