***Este Formulário de Solicitação de Subsídio/Grant da Organização de Saúde (HCO) pode ser usado por HCOs qualificados para enviar uma solicitação de Subsídio para apoiar a participação de Profissionais de Saúde (HCPs) em um congresso científico nacional ou internacional permitindo a educação do HCP que tenha um impacto significativo e positivo na assistência ao paciente. A Astellas mantém uma política estrita de não solicitar subsídios e não fornece subsídios com a finalidade de induzir ou recompensar prescrições de produtos da Astellas.***

***Todos os dados coletados neste formulário têm o propósito único e exclusivo de solicitar suporte educacional da Astellas. Os dados não serão compartilhados com terceiros e serão armazenados somente para essa finalidade específica.***

**Seção 1: DETALHES DA SOLICITANTE DO SUBSÍDIO**

|  |
| --- |
| **Nome da Organização de Saúde:** |
| **Endereço:** |
| **E-mail:** | **URL do site da HCO:**  |
| **Confirmo que minha organização é:** ☐ Hospital Público/GovernamentalHospital geral, especializado ou de ensino financiado pelo governo ☐ Hospital ParticularObservação: a Astellas pode não atender solicitações de hospitais particulares, dependendo da região | Quantos HCPs estão empregados em seu hospital? ☐ <50 ☐ 50 – 100 ☐ 101 – 250 ☐ >251 – 500 ☐ >500  |
| ☐ Associação/Sociedade MédicaReconhecidas nacionalmente, com administração profissional e estrutura de governança formal próprias. Por exemplo, universidades públicas, sociedades de áreas de terapia específicas, instituições, associações, faculdades e universidades com uma estrutura de governança formal | Confirme se a sua Sociedade/Associação:☐ Tem cobertura nacional (ou mais ampla) ☐ Tem mais de 100 membros ativos ☐ Tem um secretariado ou cargo semelhante para supervisionar seus membros/atividades☐ Realiza reuniões para seus membros a cada ano ☐ Não está configurada com o objetivo principal ou único de receber/distribuir subsídios de educação médica |
| Observação: a Astellas **não** apoia Centros de Saúde, Clínicas Gerais/Clínicas Privadas, Associações e Grupos Profissionais Não Reconhecidos Nacionalmente e/ou Proprietários/Geridos por Profissionais de Saúde**Confirmo o seguinte sobre a minha organização:**☐ A minha organização, ou qualquer um de seus executivos ou diretores, NÃO foi acusada ou condenada por qualquer questão envolvendo suborno, corrupção, fraude ou lavagem de dinheiro nos últimos cinco (5) anos.☐ Os fundos irão para uma conta do banco central sujeita a governança/processo de auditoria interna aplicada pela organização de acordo com os requisitos fiscais locais.☐ Minha organização tem capacidade para organizar e executar os requisitos logísticos dessas solicitações por meio de sua própria equipe administrativa ou de terceiros.  |
| **Qual tópico de educação médica será coberto por esse subsídio?** *(selecione apenas o tópico mais relevante)* |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ Oncologia ☐ Hematologia | ☐ Nefrologia☐ Urologia | ☐ Imunologia (inclusive transplante) ☐ Saúde da mulher |

 |
| **Sobre sua organização:** (Inclua uma breve descrição de sua organização e por que você acredita que ela é uma boa candidata a um subsídio da HCO):      |

**SEÇÃO 2: DETALHES DO EVENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do evento:**       | **Data e local do evento:**       |
| **Site do Congresso ou Evento: (***obrigatório)* |       |
| **Agenda/Detalhes do Evento:** *(forneça ou anexe agenda/detalhes; ou insira o URL relevante da página oficial do congresso)*           |

|  |  |
| --- | --- |
| **Avaliação das necessidades:** *(forneça detalhes sobre: Qual necessidade ou lacuna educacional essa solicitação atende? A atividade médica atende a uma necessidade científica/médica importante? A atividade promoverá o conhecimento científico ou a prática clínica?)*      | **Resultados Educacionais:** *(forneça detalhes sobre: Como os resultados educacionais serão medidos? Como a mudança no conhecimento do profissional de saúde será medida? Como o impacto no atendimento ao paciente será medido? Como o conhecimento será compartilhado?)*      |
| **Esse evento é credenciado por um órgão credenciamento reconhecido?**☐ Sim *(forneça os detalhes do provedor credenciado)*     ☐ Não  | **Conference Vetting System (CVS) – e4ethics:\***O evento recebeu uma avaliação positiva sobre o e4ethics? Isso é necessário para que a Astellas considere o apoio para um evento aplicável. [Pesquisar eventos – Ethical MedTech EU](https://www.ethicalmedtech.eu/e4ethics/search-events/)☐Sim ☐ Não ☐ Não se aplica *(explique o motivo)*      |
| **\*** *Esta avaliação é necessária para as principais reuniões internacionais realizadas em países dentro do escopo do Código EFPIA e espera-se que atraia um total de pelo menos 500 participantes de mais de cinco países. Congressos inteiramente virtuais, sem delegados presenciais, estão fora do escopo.* |

**SEÇÃO 3: DETALHES DA SOLICITAÇÃO DO SUBSÍDIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Subsídio requerido até a data:**      | **Número de HCPs para apoiar (máx. 10):**      *(a menos que exigido pela legislação local, você NÃO deve divulgar nomes ou detalhes de HCPs para a Astellas)*     |

|  |
| --- |
| **Âmbito do suporte solicitado:** *(forneça um detalhamento dos custos dos itens para os quais o financiamento do subsídio será utilizado)* |
| ☐ | **Taxas de inscrição:**NOTA: para congressos internacionais, a Astellas financia apenas as taxas de inscrição.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº de HCPs*(máx. de 10)* | Detalhes das taxas de registro | **Custo na moeda do local do congresso** | **Custo na moeda local** |
|       | ☐ Presencial / ☐ Virtual ☐ Membro / ☐ Não membro☐ Antecipado / ☐ Padrão ☐ Outros:       |       |       |
| **Subtotal ‘A’** |       |

 |
| ☐ | **Viagem e hospedagem:**NOTA: viagens e acomodações razoáveis podem ser financiadas apenas para HCPs que participam de congressos domésticos / se o local do congresso internacional for no país de residência dos HCPs.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Item | Nº de HCPs*(máx. de 10)* | Detalhes | **Custo na moeda cobrada** | **Custo na moeda local** |
| Viagem |       |       *(taxas de voo/trem por HCP)* |       |       |
|  |       *(Forneça detalhes sobre o modo de transporte, tarifa e classe de serviço ou como os custos de transporte foram calculados)* |
| Acomodação |       |       *(Nº de noites X custo/noite por HCP)* |       |       |
|  |       *(Forneça o nome do hotel previsto ou como os custos de acomodação foram calculados, incluindo a classificação por estrelas)* |
| **Subtotal ‘B’** |       |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrição do apoio solicitado:** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Valor total solicitado (Subtotal 'A' + Subtotal 'B'):** *O valor solicitado será primeiro analisado pela Astellas. Se o subsídio for aprovado, não garantimos que o valor aqui solicitado será concedido integralmente.* |      ***(na moeda local)*** |
| **Você solicitou apoio de outras fontes?***(você não deve solicitar financiamento duplicado para as mesmas pessoas participarem de um evento)*  | ☐Sim *(forneça detalhes)*     ☐ Não  |
| **Como esse apoio vai melhorar/manter o atendimento ao paciente?** *(Forneça detalhes sobre: Qual necessidade ou lacuna educacional essa solicitação atende? Como essa proposta vai atender a essa necessidade? Como os pacientes serão beneficiados por esse apoio)* |       |
| **Declaração de responsabilidade:**Declaro para todos os efeitos legais que as informações prestadas são verdadeiras e sou responsável por sua autenticidade e veracidade.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:**      **Cargo:**       | **Data:**        |

 |