

Formulário de Solicitação de Subsídio/Grant da Organização de Saúde (HCO)

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/Governamental Hospital geral, especializado ou de ensino financiado pelo governo ☐ Hospital Particular Observação: 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 Médica Reconhecidas 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

Formulário de Solicitação de Subsídio/Grant da Organização de Saúde (HCO)

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 | ☐ Nefrologia | ☐ Imunologia (inclusive transplante) |
| ☐ Hematologia | ☐ Urologia | ☐ 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: <i>(obrigatório)</i>	
Agenda/Detalhes do Evento: <i>(forneça ou anexe agenda/detalhes; ou insira o URL relevante da página oficial do congresso)</i>	

Formulário de Solicitação de Subsídio/Grant da Organização de Saúde (HCO)

Avaliação das necessidades: <i>(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?)</i>	Resultados Educacionais: <i>(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?)</i>
Esse evento é credenciado por um órgão credenciamento reconhecido? ☐ Sim <i>(forneça os detalhes do provedor credenciado)</i> ☐ 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 ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica <i>(explique o motivo)</i>
<i>* 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.</i>	

SEÇÃO 3: DETALHES DA SOLICITAÇÃO DO SUBSÍDIO

Subsídio requerido até a data:	Número de HCPs para apoiar (máx. 10): <i>(a menos que exigido pela legislação local, você NÃO deve divulgar nomes ou detalhes de HCPs para a Astellas)</i>		
Âmbito do suporte solicitado: <i>(forneça um detalhamento dos custos dos itens para os quais o financiamento do subsídio será utilizado)</i> ☐ Taxas de inscrição: NOTA: para congressos internacionais, a Astellas financia apenas as taxas de inscrição.			
Nº de HCPs <i>(máx. de 10)</i>	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.			

Formulário de Solicitação de Subsídio/Grant da Organização de Saúde (HCO)

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'): <i>O valor solicitado será primeiro analisado pela Astellas. Se o subsídio for aprovado, não garantimos que o valor aqui solicitado será concedido integralmente.</i>				(na moeda local)
Você solicitou apoio de outras fontes? <i>(você não deve solicitar financiamento duplicado para as mesmas pessoas participarem de um evento)</i>			☐ Sim <i>(forneça detalhes)</i> ☐ Não	
Como esse apoio vai melhorar/manter o atendimento ao paciente? <i>(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)</i>				
Declaração de responsabilidade: Declaro para todos os efeitos legais que as informações prestadas são verdadeiras e sou responsável por sua autenticidade e veracidade. Nome: _____ Data: _____ Cargo: _____				