



## FORMULÁRIO DE ANÁLISE PELO COMPLIANCE

### REQUERENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

Data da Solicitação: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÃO GERAL DO EVENTO (anexar a programação do mesmo)

TIPO DO EVENTO	<input type="checkbox"/> Treinamento <input type="checkbox"/> Simpósio <input type="checkbox"/> Congresso <input type="checkbox"/> Outros _____
TÍTULO DO EVENTO	
ENTIDADE ORGANIZADORA	
CONTATO / TELEFONE / E-MAIL	
OBJETIVOS DO EVENTO	
LOCAL / DATA / HORÁRIO	
PAÍS / CIDADE	
NÚMERO DE PARTICIPANTES	
JUSTIFICATIVA PARA A REALIZAÇÃO DO EVENTO	<input type="checkbox"/> Treinamento de um novo produto ou técnica <input type="checkbox"/> Os participantes são novos clientes <input type="checkbox"/> Outros _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____



## FORMULÁRIO DE ANÁLISE PELO COMPLIANCE

MOTIVO PARA A ESCOLHA DO PAÍS / CIDADE / LOCAL ESCOLHIDO	( ) Facilidade de acesso aos participantes ( ) Dificuldade com algum equipamento não portátil ( ) Especialistas internos/externos no local ( ) Outros _____ _____ _____ _____
VALOR APROXIMADO DOS CUSTOS DE REFEIÇÕES POR PARTICIPANTES	R\$ _____ EUR _____ USD _____
VALOR APROXIMADO DOS CUSTOS COM ACOMODAÇÃO POR PARTICIPANTES	R\$ _____ EUR _____ USD _____
VALOR APROXIMADO DOS CUSTOS COM TRANSPORTE POR PARTICIPANTES	R\$ _____ EUR _____ USD _____
OUTRAS DESPESAS (PALESTRANTE / HONORÁRIOS / LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS / PAPELARIA ETC.	R\$ _____ EUR _____ USD _____

### APROVAÇÃO DO GERENTE COMERCIAL

Gerente: \_\_\_\_\_ ( ) APROVADO ( ) NEGADO

### CONSIDERAÇÕES

1. Enviar solicitação com antecedência de 15 (quinze) dias da data do evento.
2. A análise será realizada de acordo com o Código de Conduta da Jusimed.
3. O prazo para conclusão da análise será de 5 (cinco) dias úteis e será enviada à diretoria da Jusimed, bem como ao solicitante, via correio eletrônico.
4. Anexar documentos relacionados a solicitação, (programação do evento).

### DEPARTAMENTO DE COMPLIANCE

Responsável pela análise:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

