

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"/> Coffe Breack <input type="checkbox"/> Almoço/Jantar <input type="checkbox"/> Palestra - Servidor público (<input type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Proctor - Servidor público (<input type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Outros _____
TÍTULO DO EVENTO	
ENTIDADE ORGANIZADORA	
CONTATO / TELEFONE / E-MAIL	
OBJETIVOS DO EVENTO	
LOCAL / DATA / HORÁRIO	
PAÍS / CIDADE	
NÚMERO DE PARTICIPANTES	
NOMES:	_____ _____ _____
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	<input type="checkbox"/> Facilidade de acesso aos participantes <input type="checkbox"/> Dificuldade com algum equipamento não portátil <input type="checkbox"/> Especialistas internos/externos no local <input type="checkbox"/> 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 _____

CONSIDERAÇÕES

1. Enviar solicitação com antecedência de 05 (cinco) 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).
5. Após o evento, trazer as Nf's e fotos para anexarmos ao processo.

FORMULÁRIO DE ANÁLISE PELO COMPLIANCE

DEPARTAMENTO DE COMPLIANCE

Responsável pela análise:

Data da Análise: ____/____/20____

APROVADO

NEGADO

NÃO SE APLICA

Justificativa:

