

## FICHA DE CANDIDATURA

### 1. Identificação do(s) Candidato(s)

1.1 Candidatura apresentada por pessoas singulares (uma única pessoa ou um grupo de pessoas)

**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:** O ponto 1.1. deverá ser preenchido no caso de candidaturas apresentadas por pessoas singulares ou por grupos de pessoas.

Em candidaturas apresentadas por pessoas singulares ou por grupo de pessoas, cada um dos autores deve ainda preencher o **Anexo 1**, duplicando-o consoante necessário.

Indicar na tabela abaixo a identificação de cada autor.

#### Representante da Candidatura (se aplicável):

Nome completo:

Contacto (número de telefone e e-mail):	Nacionalidade:
Categoria profissional:	Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço:

#### Outros autores:

Nome completo:

Contacto (número de telefone e e-mail):	Nacionalidade:
Categoria profissional:	Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço:

Nome completo:

Contacto (número de telefone e e-mail):	Nacionalidade:
Categoria profissional:	Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço:

Nome completo:

Contacto (número de telefone e e-mail):	Nacionalidade:
Categoria profissional:	Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço:

Nome completo:

Contacto (número de telefone e e-mail):

Nacionalidade:

Categoria profissional:

Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço:

Nome completo:

Contacto (número de telefone e e-mail):

Nacionalidade:

Categoria profissional:

Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço:

Nome completo:

Contacto (número de telefone e e-mail):

Nacionalidade:

Categoria profissional:

Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço:

Nome completo:

Contacto (número de telefone e e-mail):

Nacionalidade:

Categoria profissional:

Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço:

Nome completo:

Contacto (número de telefone e e-mail):

Nacionalidade:

Categoria profissional:

Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço:

*(pelo menos 1 dos autores acima mencionado deve exercer funções num Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde)*

### Declaração do representante do grupo de pessoas singulares

**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:** Deve ser preenchido pelo representante do grupo. Cada elemento do grupo deverá preencher e assinar uma cópia do Anexo 1.

\_\_\_\_\_  
(nome completo), de nacionalidade \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos (idade), telemóvel \_\_\_\_\_ e e-mail (Plataforma Transparência - INFARMED) \_\_\_\_\_

é indicado pelo(s) candidato(s) ao **Janssen HEMMYS 2019** como seu legítimo representante para o exercício das seguintes funções:

- Representar o grupo perante a Janssen-Cilag e a Comissão de Avaliação (conforme indicado no Regulamento), prestando todas as informações solicitadas por estas;
- Receber o prémio que seja atribuído, caso aplicável;
- As demais previstas no Regulamento.

Declaro que li, compreendi e aceito, sem reservas, as condições enunciadas no **Regulamento do Janssen HEMMYS 2019**, a decorrer durante a reunião **Janssen Hematology Meeting 2019**, o qual se encontra disponível em <http://www.janssen.com/portugal>, do qual tomei conhecimento.

Mais declaro que preenchi e concordo com as informações disponibilizadas nesta Ficha de Candidatura.

Assinatura (de acordo com BI/CC):

\_\_\_\_\_

## 1.2 Candidatura apresentada por Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde

**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:** O ponto 1.2. deverá ser preenchido apenas no caso de candidaturas apresentadas por Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde.

Deve ser assinado pelo representante. Deve ser remetida cópia da certidão do registo comercial ou outro documento identificativo.

Denominação social do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde:

\_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

## Declaração do representante do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde

**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:** Deve ser preenchido pelo representante do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde. Deve ser remetida cópia de declaração de nomeação do representante, assinada por quem tenha poderes para vincular o Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde.

\_\_\_\_\_

(nome completo), de nacionalidade \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos (idade), telemóvel \_\_\_\_\_ e e-mail (Plataforma Transparência - INFARMED) \_\_\_\_\_ é indicado pelo(s) candidato(s) ao **Janssen HEMMYS 2019** como seu legítimo representante para o exercício das seguintes funções:

- Representar o Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde perante a Janssen-Cilag e a Comissão de Avaliação (conforme indicado no Regulamento), prestando todas as informações solicitadas por estas;
- Receber o prémio que seja atribuído, caso aplicável;
- As demais previstas no Regulamento.

Declaro que li, compreendi e aceito, sem reservas, as condições enunciadas no **Regulamento do Janssen HEMMYS 2019**, a decorrer durante a reunião **Janssen Hematology Meeting 2019**, o qual se encontra disponível em <http://www.janssen.com/portugal>, do qual tomei conhecimento.

Mais declaro que preenchi e concordo com as informações disponibilizadas nesta Ficha de Candidatura.

Assinatura do representante (de acordo com BI/CC):

\_\_\_\_\_

## 2. Identificação do Poster

Título do *Poster*: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Identificação do projeto de investigação que serviu de base à elaboração do *Poster*, bem como do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde onde o mesmo decorreu, se aplicável:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 3. Declarações e Garantias

O projeto de investigação, bem como a submissão do *Poster* ao Prémio **Janssen HEMMYS 2019**, foi autorizado pelas entidades competentes, incluindo pelo Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde onde o(s) candidato(s) exerce(m) funções e/ou onde o projeto decorreu:

Sim .....

Não .....

Não aplicável .....

Foram obtidas as devidas autorizações das autoridades competentes para a experimentação animal ou humana:

Sim .....

Não .....

Não aplicável .....

O candidato declara e garante ainda que foram obtidos todos os consentimentos e autorizações necessárias, assim como cumpridas as demais obrigações, em matéria de tratamento de dados pessoais.

A Janssen-Cilag pode a qualquer altura solicitar ao(s) candidato(s) comprovativo do cumprimento dos requisitos referidos.

## 4. Dados Pessoais

Quaisquer dados pessoais serão tratados nos termos do ponto 12 do Regulamento.

## 5. Farmacovigilância

Caso seja descrita alguma reação adversa\* ou situação especial de segurança\*\* relativa a medicamentos comercializados pela Janssen-Cilag ou por qualquer empresa do Grupo em que esta se insere, no âmbito da elaboração do Poster ou da sua apresentação oral, deverá preencher os campos abaixo.

O Poster apresentado menciona alguma reação adversa ou Situação Especial de Segurança?

SIM  NÃO

Se SIM, deverá preencher os seguintes campos:

Para evitar duplicados, recorda-se se a situação descrita já foi partilhada no passado à Janssen-Cilag Farmacêutica?

SIM  NÃO

Sendo que a qualidade dos casos é um aspeto fundamental para a correta avaliação dos mesmos, se aplicável, concede-nos permissão para voltar a entrar em contacto com V. Exa para fazermos o seguimento do caso:

SIM  NÃO

Se SIM, preencha pelo menos um dos seguintes campos:

Telemóvel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

\* Reação adversa (RA): Qualquer reação nociva e não intencional (sinal, sintoma ou doença temporária) a um medicamento.

\*\* Situação Especial de Segurança, mesmo que não tenha uma RA associada: exposição durante a gravidez e amamentação; erros de medicação e sobredosagem; suspeita de abuso/mau uso do medicamento; exposição acidental ou inadvertida; benefício clínico inesperado; transmissão de agentes infecciosos; falta de eficácia e utilização *off label*.

## 6. NIB

NIB para onde deverá ser efetuada a transferência bancária caso seja vencedor de algum prémio:

### Janssen-Cilag Farmacêutica, Lda.

Lagoas Park, Edifício 9, 2740 - 262 Porto Salvo | Portugal  
Sociedade por quotas | Matriculada na Conservatória do Registo  
Comercial de Oeiras, sob o nº 10576 | Capital Social 2.693.508,64 euros  
N.º Contribuinte 500 189 412

Material elaborado em agosto de 2018  
PHPT/HEM/0818/0001

## ANEXO 1

Candidatura apresentada por pessoas singulares (uma única pessoa ou um grupo de pessoas):

**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:** Este Anexo 1 deverá ser preenchido no caso de candidaturas apresentadas por pessoas singulares ou por grupos de pessoas.

Todos os autores deverão assinar este Anexo 1, duplicando-o consoante necessário.

Declaro que li, compreendi e aceito, sem reservas, as condições enunciadas no Regulamento do Janssen HEMMYS 2019, a decorrer durante a reunião Janssen Hematology Meeting 2019, o qual se encontra disponível em <http://www.janssen.com/portugal>;

Mais declaro que preenchi e concordo com as informações disponibilizadas na Ficha de Candidatura;

Declaro ainda que concordo com a nomeação de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ [indicar nome completo]

para representante do grupo perante a Janssen-Cilag e a Comissão de Avaliação nos termos previstos no Regulamento supra referido. Reconheço e aceito que esta pessoa será a legítima representante da nossa candidatura em tudo o que lhe diga respeito, nomeadamente, e se aplicável, para receber o prémio que seja atribuído.

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

Assinatura (de acordo com BI/CC):

\_\_\_\_\_