

Ficha de Candidatura

Identificação do Póster

1. Identificação do Póster

- Título do *Póster*:

- Projeto de investigação associado (se aplicável):

- Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde onde decorreu o projeto de investigação (se aplicável):

2. Categoria a que concorre:

- Relatos de Caso / Séries de Casos
- Estudos Observacionais
- Inovação em Farmácia Hospitalar

Identificação dos Candidatos

3. Autor (pessoa singular) ou 1º Autor/Representante (grupo):

- Nome completo:

- E-mail: _____

- Telefone/Telemóvel: _____

- Categoria profissional: _____

- Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):

Declarações:

- Li e aceito, sem reservas, o Regulamento do concurso Revolution Poster Awards by Pierre Fabre.
- Confirmo que as informações prestadas nesta ficha estão corretas.
- Li e aceito a Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais.
- Autorizo a utilização dos meus dados pessoais para efeitos de gestão do concurso.
- Autorizo a utilização dos meus dados para ações de divulgação/promoção da iniciativa e dos posters.
- Reconheço e aceito que, em caso de vitória, a Pierre Fabre poderá divulgar os dados do prémio (incluindo identificação dos vencedores e montante atribuído), conforme obrigações legais e deontológicas.

Outras Declarações e Garantias

A. Autorizações e consentimentos

- O projeto de investigação que serviu de base à redação do Póster foi autorizado pelas entidades competentes e pelo Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde onde decorreu?
 Sim Não Não aplicável

- Foram obtidas as devidas autorizações das autoridades competentes para experimentação animal ou humana?
 Sim Não Não aplicável
- Foram obtidos todos os consentimentos e autorizações em matéria de dados pessoais?
 Sim Não Não aplicável

B. Farmacovigilância

- **O Póster menciona alguma reação adversa¹ ou situação especial de segurança² relativa a medicamentos comercializados pela Pierre Fabre?**
 Sim Não
- **Se sim, já foi notificada à Pierre Fabre e/ou às autoridades competentes (INFARMED)?**
 Sim Não
- **Se não, preencher pelo menos um dos seguintes campos:**
 - **Telemóvel:**
 - **E-mail:**

Assinatura: _____

¹ Reação adversa (RA): Qualquer reação nociva e não intencional (sinal, sintoma ou doença temporária) a um medicamento.

² 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*

4. Outros autores (caso aplicável):

- Nome completo:

- E-mail: _____

- Telefone/Telemóvel: _____

- Categoria profissional: _____

- Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):

Declarações:

- Li e aceito, sem reservas, o Regulamento do concurso Revolution Poster Awards by Pierre Fabre.
- Confirmo que as informações prestadas nesta ficha estão corretas.
- Li e aceito a Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais.
- Autorizo a utilização dos meus dados pessoais para efeitos de gestão do concurso.
- Autorizo a utilização dos meus dados para ações de divulgação/promoção da iniciativa e dos posters.
- Reconheço e aceito que, em caso de vitória, a Pierre Fabre poderá divulgar os dados do prémio (incluindo identificação dos vencedores e montante atribuído), conforme obrigações legais e deontológicas.
- Reconheço e aceito que _____
será o representante do grupo, com as seguintes funções:
 - Representar o grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre;
 - Prestar informações solicitadas;
 - Receber o prémio, se aplicável.

Assinatura: _____

- **Nome completo:**

- **E-mail:** _____

- **Telefone/Telemóvel:** _____

- **Categoria profissional:** _____

- **Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):**

Declarações:

- Li e aceito, sem reservas, o Regulamento do concurso Revolution Poster Awards by Pierre Fabre.
- Confirmo que as informações prestadas nesta ficha estão corretas.
- Li e aceito a Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais.
- Autorizo a utilização dos meus dados pessoais para efeitos de gestão do concurso.
- Autorizo a utilização dos meus dados para ações de divulgação/promoção da iniciativa e dos posters.
- Reconheço e aceito que, em caso de vitória, a Pierre Fabre poderá divulgar os dados do prémio (incluindo identificação dos vencedores e montante atribuído), conforme obrigações legais e deontológicas.
- Reconheço e aceito que _____
será o representante do grupo, com as seguintes funções:
 - Representar o grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre;
 - Prestar informações solicitadas;
 - Receber o prémio, se aplicável.

Assinatura: _____

- **Nome completo:**

- **E-mail:** _____

- **Telefone/Telemóvel:** _____

- **Categoria profissional:** _____

- **Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):**

Declarações:

- Li e aceito, sem reservas, o Regulamento do concurso Revolution Poster Awards by Pierre Fabre.
- Confirmo que as informações prestadas nesta ficha estão corretas.
- Li e aceito a Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais.
- Autorizo a utilização dos meus dados pessoais para efeitos de gestão do concurso.
- Autorizo a utilização dos meus dados para ações de divulgação/promoção da iniciativa e dos posters.
- Reconheço e aceito que, em caso de vitória, a Pierre Fabre poderá divulgar os dados do prémio (incluindo identificação dos vencedores e montante atribuído), conforme obrigações legais e deontológicas.
- Reconheço e aceito que _____
será o representante do grupo, com as seguintes funções:
 - Representar o grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre;
 - Prestar informações solicitadas;
 - Receber o prémio, se aplicável.

Assinatura: _____

- **Nome completo:**

- **E-mail:** _____

- **Telefone/Telemóvel:** _____

- **Categoria profissional:** _____

- **Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):**

Declarações:

- Li e aceito, sem reservas, o Regulamento do concurso Revolution Poster Awards by Pierre Fabre.
- Confirmo que as informações prestadas nesta ficha estão corretas.
- Li e aceito a Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais.
- Autorizo a utilização dos meus dados pessoais para efeitos de gestão do concurso.
- Autorizo a utilização dos meus dados para ações de divulgação/promoção da iniciativa e dos posters.
- Reconheço e aceito que, em caso de vitória, a Pierre Fabre poderá divulgar os dados do prémio (incluindo identificação dos vencedores e montante atribuído), conforme obrigações legais e deontológicas.
- Reconheço e aceito que _____
será o representante do grupo, com as seguintes funções:
 - Representar o grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre;
 - Prestar informações solicitadas;
 - Receber o prémio, se aplicável.

Assinatura: _____

- **Nome completo:**

- **E-mail:** _____

- **Telefone/Telemóvel:** _____

- **Categoria profissional:** _____

- **Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):**

Declarações:

- Li e aceito, sem reservas, o Regulamento do concurso Revolution Poster Awards by Pierre Fabre.
- Confirmo que as informações prestadas nesta ficha estão corretas.
- Li e aceito a Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais.
- Autorizo a utilização dos meus dados pessoais para efeitos de gestão do concurso.
- Autorizo a utilização dos meus dados para ações de divulgação/promoção da iniciativa e dos posters.
- Reconheço e aceito que, em caso de vitória, a Pierre Fabre poderá divulgar os dados do prémio (incluindo identificação dos vencedores e montante atribuído), conforme obrigações legais e deontológicas.
- Reconheço e aceito que _____
será o representante do grupo, com as seguintes funções:
 - Representar o grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre;
 - Prestar informações solicitadas;
 - Receber o prémio, se aplicável.

Assinatura: _____

- **Nome completo:**

- **E-mail:** _____

- **Telefone/Telemóvel:** _____

- **Categoria profissional:** _____

- **Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):**

Declarações:

- Li e aceito, sem reservas, o Regulamento do concurso Revolution Poster Awards by Pierre Fabre.
- Confirmo que as informações prestadas nesta ficha estão corretas.
- Li e aceito a Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais.
- Autorizo a utilização dos meus dados pessoais para efeitos de gestão do concurso.
- Autorizo a utilização dos meus dados para ações de divulgação/promoção da iniciativa e dos posters.
- Reconheço e aceito que, em caso de vitória, a Pierre Fabre poderá divulgar os dados do prémio (incluindo identificação dos vencedores e montante atribuído), conforme obrigações legais e deontológicas.
- Reconheço e aceito que _____
será o representante do grupo, com as seguintes funções:
 - Representar o grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre;
 - Prestar informações solicitadas;
 - Receber o prémio, se aplicável.

Assinatura: _____

- **Nome completo:**

- **E-mail:** _____

- **Telefone/Telemóvel:** _____

- **Categoria profissional:** _____

- **Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):**

Declarações:

- Li e aceito, sem reservas, o Regulamento do concurso Revolution Poster Awards by Pierre Fabre.
- Confirmo que as informações prestadas nesta ficha estão corretas.
- Li e aceito a Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais.
- Autorizo a utilização dos meus dados pessoais para efeitos de gestão do concurso.
- Autorizo a utilização dos meus dados para ações de divulgação/promoção da iniciativa e dos posters.
- Reconheço e aceito que, em caso de vitória, a Pierre Fabre poderá divulgar os dados do prémio (incluindo identificação dos vencedores e montante atribuído), conforme obrigações legais e deontológicas.
- Reconheço e aceito que _____
será o representante do grupo, com as seguintes funções:
 - Representar o grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre;
 - Prestar informações solicitadas;
 - Receber o prémio, se aplicável.

Assinatura: _____

- **Nome completo:**

- **E-mail:** _____

- **Telefone/Telemóvel:** _____

- **Categoria profissional:** _____

- **Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):**

Declarações:

- Li e aceito, sem reservas, o Regulamento do concurso Revolution Poster Awards by Pierre Fabre.
- Confirmo que as informações prestadas nesta ficha estão corretas.
- Li e aceito a Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais.
- Autorizo a utilização dos meus dados pessoais para efeitos de gestão do concurso.
- Autorizo a utilização dos meus dados para ações de divulgação/promoção da iniciativa e dos posters.
- Reconheço e aceito que, em caso de vitória, a Pierre Fabre poderá divulgar os dados do prémio (incluindo identificação dos vencedores e montante atribuído), conforme obrigações legais e deontológicas.
- Reconheço e aceito que _____
será o representante do grupo, com as seguintes funções:
 - Representar o grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre;
 - Prestar informações solicitadas;
 - Receber o prémio, se aplicável.

Assinatura: _____

- **Nome completo:**

- **E-mail:** _____

- **Telefone/Telemóvel:** _____

- **Categoria profissional:** _____

- **Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):**

Declarações:

- Li e aceito, sem reservas, o Regulamento do concurso Revolution Poster Awards by Pierre Fabre.
- Confirmo que as informações prestadas nesta ficha estão corretas.
- Li e aceito a Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais.
- Autorizo a utilização dos meus dados pessoais para efeitos de gestão do concurso.
- Autorizo a utilização dos meus dados para ações de divulgação/promoção da iniciativa e dos posters.
- Reconheço e aceito que, em caso de vitória, a Pierre Fabre poderá divulgar os dados do prémio (incluindo identificação dos vencedores e montante atribuído), conforme obrigações legais e deontológicas.
- Reconheço e aceito que _____
será o representante do grupo, com as seguintes funções:
 - Representar o grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre;
 - Prestar informações solicitadas;
 - Receber o prémio, se aplicável.

Assinatura: _____

- **Nome completo:**

- **E-mail:** _____

- **Telefone/Telemóvel:** _____

- **Categoria profissional:** _____

- **Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):**

Declarações:

- Li e aceito, sem reservas, o Regulamento do concurso Revolution Poster Awards by Pierre Fabre.
- Confirmo que as informações prestadas nesta ficha estão corretas.
- Li e aceito a Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais.
- Autorizo a utilização dos meus dados pessoais para efeitos de gestão do concurso.
- Autorizo a utilização dos meus dados para ações de divulgação/promoção da iniciativa e dos posters.
- Reconheço e aceito que, em caso de vitória, a Pierre Fabre poderá divulgar os dados do prémio (incluindo identificação dos vencedores e montante atribuído), conforme obrigações legais e deontológicas.
- Reconheço e aceito que _____
será o representante do grupo, com as seguintes funções:
 - Representar o grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre;
 - Prestar informações solicitadas;
 - Receber o prémio, se aplicável.

Assinatura: _____

Dados Bancários

5. Dados para transferência bancária (caso o póster seja vencedor)

- NIB: _____



Pierre Fabre

Pierre Fabre Médicament Portugal, Lda.

<https://www.pierre-fabre.com/pt-pt> | Tlf: 21 381 5320

Avenida dos Combatentes, Quinta da Palma de Cima, Nº 43 e 43A, 6º Piso 1600-042 Lisboa

Copyright © Grupo Pierre Fabre 2026

NIF 500230366

Todos os direitos reservados. PT--05-26-2500018

