



# FORMULÁRIO DE REEMBOLSO DE DESPESAS

## OBSERVAÇÃO:

Todas as informações a seguir são necessárias para contabilizar refeições/entretenimento razoáveis e legítimos (observe que o entretenimento é proibido para reuniões/eventos/atividades em relação a PS/FG/OS/ Instituições Governamentais):

1. Data
2. Nome do(s) convidado(s) (observe que para reuniões/eventos/atividades com PS/FG é proibido facilitar, providenciar ou pagar por convidados)
3. Cargo do convidado
4. Nome da empresa do convidado
5. Tipo de gasto, por exemplo, almoço, etc.
6. Nome da localização
7. Cidade da localização
8. Justificativa/finalidade comercial, ou seja, tópicos discutidos
9. Valores - todos os recibos discriminados devem ser anexados.

*Observe que as leis locais e regionais aplicáveis, regulamentos e códigos de práticas recomendadas da indústria devem ser considerados ao interagir com PS/FG/OS/Instituições Governamentais.*

**Nome e sobrenome do funcionário:**

**Data:**

Assinatura do funcionário	Data	Nome e sobrenome impressos
Assinatura do gerente	Data	Nome e sobrenome impressos
Assinatura do Departamento Financeiro	Data	Nome e sobrenome impressos

**Reembolso total solicitado:** \_\_\_\_\_



**KIT DE FERRAMENTAS  
DE CONFORMIDADE  
PARA DISTRIBUIDORES  
GLOBAIS**

Item #	Data	Tipo de gasto	Valor	Gasto relacionado ao PS/FG? Sim/não	Número de participantes da empresa	Nome do participante da empresa	Cargo do participante da empresa	Número de PS/FG participantes	Nome e sobrenome dos PS/FG, cargos, nome do hospital	Há outros participantes? Sim/não	Caso a resposta seja positiva, indique nome e sobrenome, cargo, instituição/empresa
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											



**KIT DE FERRAMENTAS  
DE CONFORMIDADE  
PARA DISTRIBUIDORES  
GLOBAIS**

Item #	Data	Tipo de gasto	Valor	Gasto relacionado ao PS/FG? Sim/não	Número de participantes da empresa	Nome do participante da empresa	Cargo do participante da empresa	Número de PS/FG participantes	Nome e sobrenome dos PS/FG, cargos, nome do hospital	Há outros participantes? Sim/não	Caso a resposta seja positiva, indique nome e sobrenome, cargo, instituição/empresa
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											