

## QUESTIONÁRIO DE DUE DILIGENCE

### INSTRUÇÕES:

- Por favor, preencha este questionário na sua totalidade. Quaisquer dúvidas ou campos que não sejam relacionados ao seu negócio, indique “Não Aplicável” (N/A).
- Anexe todos os documentos exigidos, como o Código de Conduta da sua empresa, o certificado de registro, políticas e procedimentos relacionados a compliance e anticorrupção, bem como qualquer documentação exigida ou comprobatória em que sua resposta foi SIM.
- Para qualquer seção em que você precise de espaço adicional para responder, anexe uma folha separada fazendo referência à seção do questionário correspondente à sua resposta.
- Assine o questionário eletronicamente e envie para seu contato no departamento de compliance na Advita Ortho.
- Agradecemos sua resposta rápida.
- **OBSERVE QUE NENHUM CONTRATO PODE SER FINALIZADO ATÉ RECEBER: ESTE QUESTIONÁRIO COMPLETO, A DOCUMENTAÇÃO DE APOIO APLICÁVEL, E TEMOS TEMPO ADEQUADO PARA REVER E VERIFICAR AS DECLARAÇÕES CONTIDAS EM SUA RESPOSTA.**

### 1. PRINCIPAIS DEFINIÇÕES:

- 1.1. PROFISSIONAL DE SAÚDE (HEALTHCARE PROFESSIONAL - HCP):** qualquer pessoa física (tendo ou não uma função clínica; seja um funcionário do governo, ou um funcionário ou representante de uma agência governamental, ou outra organização do setor público ou privado; incluindo, mas não se limitando a médicos, enfermeiras, técnicos, cientistas de laboratório, equipe de pesquisa, coordenadores de pesquisa ou equipe de compras) que no curso de suas atividades profissionais podem, direta ou indiretamente, comprar, alugar, recomendar, administrar, usar, fornecer, adquirir ou determinar a compra ou aluguel de, ou que podem prescrever tecnologias médicas ou serviços relacionados.
- 1.2. FUNCIONÁRIO PÚBLICO:** Qualquer servidor público, oficial ou funcionário de qualquer governo ou entidade controlada pelo governo em qualquer lugar do mundo. Funcionários públicos também incluem partidos políticos e funcionários de partidos, candidatos a cargos políticos e funcionários de organizações públicas internacionais, como as Nações Unidas. Funcionários públicos também incluem todos os níveis de funcionários e diretores de qualquer empresa comercial parcialmente controlada, controlada ou operada por um governo. Além disso, funcionários públicos incluem qualquer pessoa que atue em uma capacidade oficial para ou em nome de qualquer governo ou departamento, ou em qualquer nível de governo federal, estadual, provincial ou municipal e funcionários semelhantes de qualquer governo do mundo. Profissionais de saúde, incluindo médicos, são funcionários públicos para os fins deste formulário. Além disso, qualquer parente próximo de um funcionário público também é um funcionário público para os fins deste questionário.
- 1.3. PARENTES PRÓXIMOS:** Parentes próximos incluem o cônjuge de um funcionário público; avós, pais, irmãos, filhos, sobrinhas, sobrinhos, tias, tios e primos-irmãos do funcionário público e do cônjuge; o cônjuge de qualquer uma dessas pessoas; e qualquer outra pessoa que compartilhe a mesma casa com o funcionário público.
- 1.4. DOCUMENTAÇÃO DO REGISTRO COMERCIAL:** Documentos que comprovam a existência e a formalização legal da empresa: certificado de registro comercial, escritura de constituição (contrato social), e licenças comerciais relacionadas.

## 2. INFORMAÇÃO DA EMPRESA

2.1. Razão Social:	
2.2. Endereço física:	
2.3. Número de telefone:	2.4. Anos no negócio:
2.5. Local na rede Internet ( <i>website</i> ):	2.6. Nome fantasia:
2.7. País (ou países) onde a empresa opera:	

## 3. INFORMAÇÃO DE CONTATO (DA PESSOA QUE PREENCHE ESTE FORMULÁRIO)

3.1. Nome e cargo na empresa:		
3.2. Número de telefone comercial:	3.3. Número de celular:	3.4. e-mail:

## 4. INFORMAÇÕES DA EMPRESA: ESTRUTURA DE ORGANIZAÇÃO, INFORMAÇÃO FINANCEIRA E ENTIDADES RELACIONADAS

4.1. País de fundação da empresa:	4.2. Data da fundação:
4.3. Estrutura legal: (Exemplos: <i>Corporação, Sociedade de Responsabilidade Limitada, Sociedade Limitada Pública, joint venture, etc.</i> )	4.4. CNPJ:
4.5. Localização do registro mercantil/comercial (especifique o estado ou município):	
4.6. Anexe uma cópia dos documentos válidos de registro e incorporação da empresa (conforme definido em 1.4.). Se o negócio for propriedade total ou parcial de outra empresa (consulte a seção 4.9) e envie a documentação solicitada para essa empresa ou empresas também.	
4.7. Anexe uma cópia da licença comercial ou operacional aplicável necessária para operar na jurisdição da empresa:	
4.8. Entidades relacionadas. Liste os nomes, endereços e informações de contato das entidades relacionadas ou afiliadas da empresa (se aplicável):	
a) Sede da empresa:	
b) Caso outra sociedade seja total ou parcialmente proprietária da sociedade, apresentar também os documentos de registro e constituição comercial dessa sociedade:	
c) Empresas subsidiárias ou afiliadas que podem ou não trabalhar em nome da Advita Ortho:	

d) Qualquer outra empresa ou entidade na qual a empresa tenha uma participação majoritária:	
e) A empresa representa ou vende produtos para qualquer outra empresa nos setores de dispositivos médicos, diagnóstico in vitro, farmacêutico ou de biotecnologia? Em caso afirmativo, forneça seus nomes:	

**4.9. Informações bancárias da empresa.** Forneça as seguintes informações para o banco ou bancos com os quais sua empresa faz negócios (anexe uma folha separada, se necessário):

Nome do banco:	
Endereço:	
Nome(s) na conta bancária:	
Número da conta bancária	
a) A empresa possui conta em banco ou beneficiário estrangeiro? Se a resposta for <b>Sim</b> , especifique onde e por quem:	<b>Sim</b> <b>Não</b>

**4.10. Pessoal da Empresa:**

a) A empresa possui conselho de sócios ou diretoria?                      **Sim**                      **Não**

Se **Sim**, inclua as informações abaixo para cada um dos diretores do conselho:

Nome	Título / Função	Nacionalidade

b) Forneça detalhes sobre os membros da administração da empresa que cumprem as seguintes funções ou funções semelhantes:

Nome	Título / Função	Nacionalidade
	Presidente/ Diretor executivo	
	Representante Legal / Consultor Legal	
	Diretor Financeiro / Tesoureiro / Contabilidade	
	Vendas e Marketing	
	Finança	
	Importações / Exportações (Alfândegas)	
	Questões regulatórias (por exemplo, registros de produtos)	
	Diretor de Compliance	

**4.11. Número total de empregados** (inclua os seguintes tipos: em tempo integral, em meio período, temporários, prestadores de serviços independentes:

- a) Anexe uma lista de todos os funcionários com as seguintes informações: nome completo, cargo ocupado e tipo de funcionário.

**4.12. Proprietário (s) da Empresa:**

Liste todos os proprietários, incluindo indivíduos e empresas. Indique a percentagem de propriedade de cada um (anexe uma folha separada se necessário).

Razão Social do Proprietário (pessoa física / jurídica)	Percentagem de Propriedade	Nacionalidade

Anexe um arquivo corporativo verificando a estrutura de propriedade da Empresa. Caso outra empresa seja proprietária total ou parcial da Empresa, enviar também a documentação dessas empresas.

**4.13. Terceiros - Subsidiárias, Distribuidores, Afiliados e Parceiros de Negócios**

Fornecer informações relacionadas a qualquer uma das subsidiárias, distribuidores, afiliados ou parceiros de negócios da Empresa que desempenhem funções para o benefício da Advita Ortho nas seguintes áreas: promoção de produtos Advita Ortho; venda ou distribuição de produtos Advita Ortho; obtenção ou manutenção de aprovação regulatória; Detentor do registro para produtos Advita Ortho. Isso inclui distribuidores que a empresa contrata para vender produtos Advita Ortho (anexe uma folha separada, se necessário).

Nome (Pessoa / Empresa)	Função	Nacionalidade

**4.14.** A sua empresa tem contratos escritos com distribuidores e terceiros? **Sim** **Não**

**4.15.** Sua empresa necessita de termos relacionados com anticorrupção e antissuborno, bem como direitos de auditoria e direitos de rescisão por incumprimento em contratos com outras partes ou pessoas? **Sim** **Não**

**4.16.** Qual empresa ficará encarregada de enviar os pedidos de compra da Advita Ortho? Identifique todas as entidades no espaço abaixo:

Nome da empresa	Localização (cidade e país)

## 5. RELACIONAMENTO COM FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS

<p><b>5.1.</b> Se você identificou indivíduos nas seções 4.10. a 4.13. Acima:</p> <p>Verifique se alguma das categorias a seguir se aplica a alguém que você identificou na Seção 4.10. (Pessoal da empresa), Seção 4.12. (Proprietário (s) da empresa) ou Seção 4.13. (Terceiros).</p>	<p><b>5.2.</b> Se você identificou empresas nas Seções 4.12. a 4.13. Acima:</p> <p>Verifique se alguma das seguintes categorias se aplica a qualquer um dos conselhos de administração, executivos, funcionários ou proprietários de qualquer empresa que você identificou na Seção 4.12 (Proprietário (s) da empresa) ou Seção 4.13 (Terceiros).</p>	
<b>Categoria:</b>		
<b>5.3.</b> Um funcionário público (definido na Seção 1.2. Deste questionário)	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>5.4.</b> Um parente próximo do funcionário público (definido na Seção 1.3 deste questionário)	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>5.5.</b> Um candidato político	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>5.6.</b> Uma pessoa que tem autoridade dentro de uma entidade governamental para tomar ou influenciar decisões ou recomendações sobre:		
a) reembolso de produtos Advita Ortho	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
b) compra no atacado de produtos Advita Ortho para empresas, instituições, organizações, etc.	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
c) prescrever ou dispensar produtos Advita Ortho	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
d) aprovação de registros, permissões ou outras autorizações relacionadas aos produtos Advita Ortho	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
e) qualquer outro registro, permissão ou autorização relacionada aos interesses comerciais da Advita Ortho	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>5.7.</b> Se a resposta for <b>Sim</b> a qualquer uma das perguntas acima (5.3. a 5.6.), forneça os seguintes detalhes sobre as <b>pessoas</b> :		
Nome		
Função / Cargo na Empresa		
Relacionamento com sua empresa		
Tipo de serviço que esta pessoa fornecerá à Advita Ortho		
Governo ou organização pública envolvida e natureza do relacionamento desta pessoa com aquela organização		
<b>5.8.</b> Se a resposta for <b>Sim</b> a alguma das perguntas acima (5.3. a 5.6.), forneça os seguintes detalhes sobre as entidades / empresas identificadas:		
Nome		
Relacionamento com sua empresa:		
O serviço que esta entidade fornece Advita Ortho (se não fornece serviços para a Advita Ortho indicar circunstância):		
O governo ou organização público envolvido e o natureza da relação de esta entidade com o organização governamental:		

<b>5.9. Indique se sua empresa faz negócios com:</b>		
a) Funcionários do governo?	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
b) Departamentos ou agências governamentais?	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
c) Qual porcentagem de seus negócios / vendas é pública e qual porcentagem é privada?	<b>Público</b>	<b>Privado</b>

## 6. ANTECEDENTES JURÍDICOS DA EMPRESA

<b>Verifique se algum dos itens a seguir se aplica a qualquer uma das pessoas ou empresas que você identificou na: Seção 4.7. (Pessoal da empresa), Seção 4.9. (Proprietário (s) da Empresa) ou Seção 4.10. (Terceiros).</b>		
<b>6.1</b> Essa pessoa ou empresa já foi condenada (civil ou criminal), com pena ou sanção por fraude, furto ou peculato?	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>6.2</b> Esta pessoa ou empresa esteve envolvida em uma investigação por uma agência governamental relacionada a alegações ou acusações de corrupção, suborno (suborno) ou fraude?	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>6.3</b> Essa pessoa ou empresa recebeu uma solicitação de informações, como uma intimação, de um órgão do governo, relacionada a alegações de corrupção, suborno (suborno) ou fraude?	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>6.4</b> Esta pessoa ou empresa está atualmente sob investigação por um governo ou entidade pública em qualquer país por, ou está conduzindo uma investigação interna de, alegações de corrupção, suborno (suborno) ou fraude?	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>6.5</b> Essa pessoa ou empresa já foi suspensa, barrada ou barrada por qualquer agência de licenciamento profissional ou programa de credenciais do governo? (Exemplos: associação médica ou legal, associação de credenciamento de contador público certificado, credenciamento de pesquisa clínica, escritório de licenciamento de importação / exportação)	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>6.6</b> Essa pessoa ou empresa já foi acusada ou condenada por lavagem de dinheiro?	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>6.7</b> A empresa, seu(s) proprietário(s) ou diretor(es) já foram objeto de alguma investigação, revisão ou investigação por parte de um fabricante ou autoridade governamental em relação a uma transferência de valor a um profissional de saúde ou funcionário público?	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Se a resposta a qualquer uma dessas perguntas for <b>Sim</b> , forneça uma breve explicação por escrito, incluindo os nomes de todas as partes envolvidas, datas e descrição do delito ou crime.		

## 7. PROGRAMA DE ÉTICA E COMPLIANCE

**7.1. A empresa mantém um Código de Ética ou documento semelhante que descreve as práticas comerciais éticas esperadas de seus funcionários?**      **Sim**                      **Não**

Se a resposta for **Sim**, anexe o documento correspondente. Se não houver código de conduta disponível, explique o porquê:

**7.2. A empresa é membro (ou adere a) um código da indústria (por exemplo, Advamed ou uma das empresas do seu país)?**      **Sim**                      **Não**

Se **Sim**, anexe informações sobre esse código da indústria e informações relacionadas à adesão à empresa ou conformidade com esse código.

Se **Não**, forneça informações sobre como os valores e requisitos da empresa são comunicados aos funcionários (anexe uma folha separada, se necessário):

**7.3. A empresa oferece treinamento documentado aos funcionários sobre práticas comerciais éticas ou anticorrupção?**    **Sim**                      **Não**

Se **Sim**, forneça uma cópia do seu treinamento anticorrupção ou de práticas comerciais éticas mais recente. Se **Não**, indique como a empresa garante que todos na empresa entendam e se mantenham informados sobre as regras e regulamentos aplicáveis:

**7.4. A empresa oferece treinamento de ética e conformidade inicialmente ao contratar qualquer pessoa e anualmente a partir de então?**    **Sim**                      **Não**

Se a resposta for **Não**, indique com que frequência este treinamento é fornecido:

Marque esta caixa se precisar que a Advita Ortho forneça conteúdo para treinamento de conformidade (compliance)

**7.5. A empresa possui políticas e / ou procedimentos escritos para reger as atividades realizadas em nome da Advita Ortho?**    **Sim**                      **Não**

Se a resposta for **Sim**, forneça uma cópia das políticas e / ou procedimentos. Se **Não**, explique como a empresa pretende garantir a conformidade com os requisitos regulamentares relacionados às atividades realizadas em nome da Advita Ortho:

## 8. REFERÊNCIAS

**Forneça duas referências de negócios com as quais a empresa tenha relações comerciais por mais de cinco anos:**

Ao preencher este formulário, você concede à Advita Ortho permissão para contatar essas referências para verificar a reputação de sua empresa e sua posição na comunidade empresarial.

Referência # 1	Referência # 2
Nome / Cargo:	Nome / Cargo:
Número de telefone:	Número de telefone:
Nome da empresa:	Nome da empresa:
e-mail:	e-mail:

**Continue com a certificação na próxima página**



## 9. CERTIFICAÇÃO

REPRESENTANTE AUTORIZADO DA EMPRESA			
Nome completo			
Cargo			
Nome da empresa			
Eu certifico:			
que sou um representante devidamente autorizado da Empresa nomeado abaixo;	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Iniciais</b>
que as informações que forneci são verdadeiras e completas, de acordo com o meu conhecimento e crença;	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Iniciais</b>
que a Advita Ortho pode confirmar de forma independente as declarações feitas neste documento;	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Iniciais</b>
que entendo que a Advita Ortho se baseará nessas informações para decidir se renova seu contrato comercial com a Empresa;	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Iniciais</b>
que não estou ciente de nenhuma informação adicional ou riscos relacionados à corrupção ou suborno a serem considerados ao avaliar este acordo comercial formal com a Advita Ortho;	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Iniciais</b>
que dou meu consentimento para que a Advita Ortho armazene e transfira essas informações de acordo com a legislação aplicável; e	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Iniciais</b>
que eu consinto em transferir as informações fornecidas neste formulário para a Advita Ortho, Inc., ("Advita Ortho") uma empresa com sede nos Estados Unidos, exclusivamente com a finalidade de permitir que a Advita Ortho conduza uma investigação comercial e jurídica das empresas e pessoas identificadas no formulário. Eu autorizo a Advita Ortho a transferir as informações fornecidas neste formulário a um terceiro com o único propósito de conduzir tal pesquisa em nome da Advita Ortho.	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Iniciais</b>
<b>DATA</b>	<b>ASSINATURA</b>		