

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA DE 750,00 DÓLARES AMERICANOS OU POR MOTIVO DE DOENÇA LIMITADA, OPÇÃO 4

Instruções

REQUERENTES DO PROCESSO DE PRÓTESES MAMÁRIAS DOW CORNING (CLASSE 6.2)

Use este formulário para requerer uma 1) Indenização de Liberação Rápida no valor de 750,00 dólares americanos ou 2) uma Indenização por Doença Limitada variando entre 3.600,00 dólares americanos a 18.000,00 dólares americanos (incluindo uma Indenização Compensatória). Leia estas Instruções e o Guia de Informações para os Requerentes da Opção 4 para mais informações.

1. O QUE É A OPÇÃO 4 - INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA NO VALOR DE 750,00 DÓLARES AMERICANOS OU INDENIZAÇÃO POR DOENÇA LIMITADA?

A Opção 4 permite-lhe receber a indenização – num montante reduzido – se não corresponder aos requisitos de elementos de prova do fabricante nas outras Opções (Opções 1, 2 e 3). Se os registros médicos da sua cirurgia de implante de prótese mamária foram destruídos devido a uma guerra ou catástrofe natural que podem ser verificadas, pode requerer uma Indenização de Liberação Rápida no valor de 750,00 ou uma Indenização por Doença Limitada. Para receber a indenização, o nome do seu médico, do hospital ou clínica e a data da cirurgia de implante, devem corresponder à informação dos registros de venda fornecida pela Dow Corning.

2. QUAIS SÃO AS MARCAS PARA AS PRÓTESES MAMÁRIAS DOW CORNING?

Qualquer um dos seguintes são marcas admissíveis para as próteses mamárias Dow Corning:

MARCA	SITUAÇÃO
Cronin	Admissível se as suas próteses mamárias foram implantadas em ou a partir de 1963 - 1971
Dow Corning	Admissível
Dow Corning Wright	Admissível
DC ou DCW	Admissível
Mueller, V. ou V. Mueller	Admissível se as suas próteses mamárias foram implantadas depois de 1 de janeiro de 1968 e antes de 31 de agosto de 1974
SILASTIC ou Silastic	Admissível
SILASTIC II ou Silastic II	Admissível
SILASTIC MSI ou Silastic MSI	Admissível
"silastic" – todo em letras minúsculas	Admissível se estiver contido no relatório operatório contemporâneo para implantes de próteses mamárias efetuados antes de 1969, sob a condição de não existir nenhuma outra informação nos seus registros que seja inconsistente com um produto Dow Corning. Este tipo de prova só será utilizado se você não tiver nenhum registro de remoção demonstrando um "Identificador Único".
Varifil	Admissível

NÃO DEVOLVA INSTRUÇÕES COM O FORMULÁRIO

Para assistência ou perguntas telefone gratuitamente para o Programa de Assistência a Pedidos para 1 (866) 874-6099 ou acesse o www.dcsettlement.com na internet

3. O QUE É A INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA NO VALOR DE 750,00 DÓLARES AMERICANOS, OPÇÃO 4?

Para receber a Indenização de Liberação Rápida no valor de 750,00 dólares americanos basta preencher as Perguntas 2 a 4 no formulário de pedido e fornecer a informação suficiente, para que a Entidade Administradora dos Acordos determine se você cumpre aos requisitos na Pergunta 1, acima.

4. SE RECEBER A INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA NO VALOR DE 750,00 DÓLARES AMERICANOS, POSSO REQUERER OUTRAS INDENIZAÇÕES DO ACORDO?

Não.

5. O QUE É A INDENIZAÇÃO POR DOENÇA LIMITADA, OPÇÃO 4?

A Indenização por Doença Limitada permite uma indenização que varia entre 3.600,00 a 18.000,00 dólares americanos (incluindo uma Indenização Compensatória). Deve apresentar os registros médicos e documentos que comprovem que tem uma (1) das doenças ou condições indicadas abaixo e que possui uma incapacidade relacionada ou corresponde aos critérios de gravidade dessa doença ou condição. Deve também cumprir os requisitos da Pergunta 1, acima.

Existem oito (8) doenças e condições admissíveis. As doenças e condições admissíveis são:

- Doença do Tecido Conjuntivo Atípica (ACTD)
- Síndrome de Doença Neurológica Atípica (ANDS)
- Síndrome de Sjogren Primária (PSS)
- Doença Mista do Tecido Conjuntivo (MCTD)/Síndrome de Sobreposição
- Esclerose Sistêmica/Esclerodermia (SS)
- Lúpus Eritematoso Sistêmico (SLE)
- Polimiosite (PM)
- Dermatomiosite (DM)

6. QUANTO É A INDENIZAÇÃO POR DOENÇA LIMITADA?

A Indenização por Doença Limitada é determinada pelo nível de gravidade ou incapacidade aprovado para a sua doença ou condição. Desde que tenha, pelo menos, uma (1) das doenças ou condições indicadas na Pergunta 5 acima, utilize a tabela abaixo para conhecer o nível de gravidade ou de incapacidade que determinará a indenização.

Opção de Indenização do Acordo	Indenização de Base (US\$)	Indenização Compensatória (US\$)
Indenização por Motivo de Doença Limitada		
Nível Um C ou D	\$ 3.000,00	\$ 600,00
Nível Um B	\$ 6.000,00	\$ 1.200,00
Nível Um A	\$15.000,00	\$ 3.000,00

NÃO DEVOLVA INSTRUÇÕES COM O FORMULÁRIO

Para assistência ou perguntas telefone gratuitamente para o Programa de Assistência, a Pedidos para 1 (866) 874-6099 ou acesse o www.dcsettlement.com na internet

7. QUAL O PRAZO PARA REQUERER AS INDENIZAÇÕES DE LIBERAÇÃO RÁPIDA NO VALOR DE 750,00 DÓLARES AMERICANOS E A INDENIZAÇÃO POR DOENÇA LIMITADA?

Preencha e devolva o seu formulário de pedido e respectivos registros até quinze (15) anos após a Data Efetiva. *(Leia a Pergunta P9-5 no Guia de informações para os Requerentes da Opção 4 para mais informações sobre a Data Efetiva).*

8. SE RECEBER UMA INDENIZAÇÃO POR DOENÇA LIMITADA, POSSO REQUERER OUTROS BENEFÍCIOS DO ACORDO?

Não.

9. POSSO PREENCHER ESTE FORMULÁRIO DE PEDIDO E ENVIAR MEUS REGISTROS MÉDICOS OU DOCUMENTOS NA MINHA LÍNGUA MATERNA OU TERÃO DE ESTR EM INGLÊS?

Pode apresentar este formulário, os registros médicos e documentos na sua língua materna. No entanto, será possível processar o seu pedido mais rapidamente se preencher o formulário de pedido e enviar os registros médicos já traduzidos para inglês. *(Leia a Pergunta P2-6 no Guia de informações para os Requerentes da Opção 4 para mais informações).*

10. QUEM POSSO CONTATAR SE TIVER ALGUMA DÚVIDA OU PRECISAR DE AJUDA?

O Programa de Assistência a Pedidos está disponível para responder a perguntas sobre como preencher os formulários no seu Pacote de Reivindicações. Poderá também dar-lhe toda a informação sobre como obter os registros e documentos médicos para apoiar a sua reivindicação. Não serão cobradas quaisquer despesas por este serviço.

Telefone gratuitamente para o +1 (866) 874-6099 ou acesse o www.dcsettlement.com na internet.

NÃO DEVOLVA INSTRUÇÕES COM O FORMULÁRIO

Para assistência ou perguntas telefone gratuitamente para o Programa de Assistência, a Pedidos para 1 (866) 874-6099 ou acesse o www.dcsettlement.com na internet

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA DE 750,00 DÓLARES AMERICANOS OU DE DOENÇA LIMITADA, OPÇÃO 4

REQUERENTES DO PROCESSO DE PRÓTESES MAMÁRIAS DOW CORNING (CLASSE 6.2)

Use este formulário para requerer 1) uma Indenização de Liberação Rápida no valor de 750,00 dólares americanos ou 2) uma Indenização por Motivo de Doença Limitada variando de 3.600,00 a 18.000,00 dólares americanos (incluindo uma Indenização Compensatória).

1. Use a etiqueta destacável fornecida no seu pacote.

<p>COLOQUE A SUA ETIQUETA AQUI</p>	<p>FORNEÇA ATUALIZAÇÕES OU CORREÇÕES ABAIXO:</p> <p>1. Número da Reivindicação ou Número de Segurança Social: _____</p> <p>2. Data de Nascimento: _____ Mês /Dia/Ano</p> <p>3. _____ Novo Sobrenome</p> <p>4. _____ Novo Endereço</p> <p>Cidade _____ Estado _____ CEP _____</p> <p>5. Telefone durante o dia: (____) _____</p> <p>6. Telefone de noite: (____) _____</p> <p>7. Nome do Advogado/Endereço/Telefone/Fax: _____ _____</p> <p>8. Se desejar receber circulares ou informação sobre a sua reivindicação por e-mail, forneça o seu endereço e-mail: _____</p>
---	---

2. Assinale a Caixa 2A para requerer a Indenização de Liberação Rápida no valor de 750,00 dólares americanos ou a Caixa 2B para requerer uma Indenização por Motivo de Doença Limitada. Não assinale ambas as caixas.

2A. Estou fazendo uma reivindicação para a Indenização de Liberação Rápida no valor de 750,00 dólares americanos. Preencha as Perguntas 3A-F (estas têm de ser preenchidas antes de que a sua reivindicação possa ser analisada ou paga) e assine o formulário na Pergunta 7.

ou

2B. Estou fazendo uma reivindicação para a Indenização por Motivo de Doença Limitada. Passe para a Pergunta 3.

3. Para se habilitar à indenização do acordo, Opção 4, terá de assinalar as caixas 3A e 3B e fornecer a informação em 3C-3F.

3A. Todos os registros sobre a minha cirurgia de implante de prótese mamária foram destruídos em uma guerra ou catástrofe natural que podem ser verificadas; e

3B. O médico que efetuou o implante das minhas próteses mamárias Dow Corning faleceu ou não pode ser localizado.

3C. Descreva a guerra ou a catástrofe natural que causou a destruição dos registros médicos relativos à sua cirurgia de implante de prótese mamária. Inclua detalhes suficientes sobre onde os seus registros estavam e como foram destruídos, para que a guerra ou catástrofe natural possa ser verificada e para que a Entidade Administradora dos Acordos possa determinar que a guerra ou catástrofe natural está relacionada com a perda dos seus registros:

3D. Preencha o seguinte quadro referente ao histórico da sua prótese mamária.

Data da Cirurgia de Implante da Prótese Mamária	Nome do Médico, Hospital ou Clínica do Implante da Prótese Mamária	Cidade e País de Implante	Fabricante da Prótese Mamária (se o fabricante for desconhecido, escreva "Desconhecido")	Data em que a Prótese Mamária foi Removida
____/____/____ (Mês/Dia/Ano)	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Remoção ____/____/____ (Mês/Dia/Ano) <input type="checkbox"/> Não removida
____/____/____ (Mês/Dia/Ano)	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Remoção ____/____/____ (Mês/Dia/Ano) <input type="checkbox"/> Não removida
____/____/____ (Mês/Dia/Ano)	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Remoção ____/____/____ (Mês/Dia/Ano) <input type="checkbox"/> Não removida

- 3E.** Descreve os seus esforços para localizar o médico, o hospital ou clínica onde recebeu a sua prótese mamária Dow Corning e os resultados dos seus esforços.

- 3F.** Declare os motivos porque acredita que as suas próteses foram fabricadas pela Dow Corning:

4. Só responda à Pergunta 4 se estiver requerendo uma Indenização por Motivo de Doença Limitada.

- 4A.** A minha reivindicação por motivo de doença foi avaliada no Programa de Acordos para Estrangeiros (FSP) ou no Programa de Acordo Revisto (RSP), e desejo confiar nessa avaliação existente. Vá diretamente para a Pergunta 7 e assine e devolva o formulário. Se desejar requerer um nível de doença ou de incapacidade/gravidade diferente daquele em que a sua reivindicação por motivo de doença foi aprovada no FSP ou no RSP, passe para a Pergunta 5.

5. Escolha apenas uma (1) das doenças ou condições abaixo em 5A - 5H. Se assinalar mais de uma (1) caixa, a Entidade Administradora dos Acordos não processará a sua reivindicação por motivo de doença até você escolher só uma (1) caixa.

- 5A.** Estou fazendo uma reivindicação para Doença do Tecido Conjuntivo Atípica (ACTD), também chamada Síndrome Reumática Atípica (ARS) ou Condição Auto-imune Não-Específica (NAC).

ou

- 5B.** Estou fazendo uma reivindicação para Síndrome de Doença Neurológica Atípica (ANDS).

ou

- 5C.** Estou fazendo uma reivindicação para Síndrome de Sjogren Primária (PSS).

ou

5D. Estou fazendo uma reivindicação para Doença Mista do Tecido Conjuntivo /Síndrome de Sobreposição (MCTD).

ou

5E. Estou fazendo uma reivindicação para Esclerose Sistêmica/Esclerodermia (SS).

ou

5F. Estou fazendo uma reivindicação para Lúpus Eritematoso Sistêmico (SLE).

ou

5G. Estou fazendo uma reivindicação para Polimiosite (PM).

ou

5H. Estou fazendo uma reivindicação para Dermatomiosite (DM).

Se não se qualificar para a doença ou condição assinalada na Pergunta 5C-5H, a Entidade Administradora dos Acordos avaliará a sua reivindicação por motivo de doença para determinar se você se qualifica para Doença do Tecido Conjuntivo Atípica (ACTD) e/ou Síndrome Neurológica Atípica (ANDS).

6. Assinale a Caixa 6A ou 6B abaixo:

6A. Anexo a este formulário encontram-se registros médicos novos ou adicionais que apoiam a minha reivindicação por motivo de doença. *(Guarde uma cópia para o seu processo).*

6B. Já apresentei registros médicos e documentos que apóiam a minha reivindicação por motivo de doença, e não apresentarei quaisquer registros adicionais.

7. Assine e devolva o formulário abaixo até quinze (15) anos após a Data Efetiva.

Declaro sob pena de perjúrio que a informação para esta reivindicação é verdadeira, correta e completa, dentro dos meus conhecimentos, informação e julgamento.

Data da Assinatura

Assinatura do Requerente, Executor/Administrador ou Tutor