

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA DE 700,00 DÓLARES AMERICANOS OU DE INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA, OPÇÃO 1

I n s t r u ç õ e s

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

Use este formulário para requerer 1) a Indenização de Liberação Rápida no valor de 700,00 dólares americanos ou 2) uma Indenização por motivo de Doença variando entre 4.200,00 e 105.000,00 dólares americanos (incluindo uma Indenização Compensatória). Leia estas Instruções, o "Guia de informações para os Requerentes da Opção 1" e o "Guia de Informações para Reivindicação por motivo de Doença" para mais informações.

A. O QUE É A INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA NO VALOR DE 700,00 DÓLARES AMERICANOS, OPÇÃO 1?

1. O QUE É A INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA NO VALOR DE 700,00 DÓLARES AMERICANOS, OPÇÃO 1?

Receberá a Indenização de Liberação Rápida no valor de 700,00 dólares americanos, demonstrando simplesmente que recebeu uma prótese mamária Dow Corning. Se aceitar esta indenização, não poderá receber uma Indenização por motivo de Doença.

2. O QUE DEVO FAZER PARA RECEBER A INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA NO VALOR DE 700,00 DÓLARES AMERICANOS?

Em primeiro lugar, preencha e apresente o Formulário de Elementos de Prova do Fabricante, Opção 1 (margem azul) e os registros médicos ou documentos que comprovem que recebeu uma prótese mamária Dow Corning.

Em segundo lugar, assinale a Caixa 2A no Formulário de Pedido de Indenização de Liberação Rápida (margem vermelha) e devolva-o à Entidade Administradora dos Acordos até o prazo limite.

3. QUAL É O PRAZO PARA REQUERER A INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA NO VALOR DE 700,00 DÓLARES AMERICANOS?

Terá de apresentar o Formulário de Pedido de Indenização de Liberação Rápida (margem vermelha) até três (3) anos após a "Data Efetiva". (Leia a Pergunta P9-5 no Guia de informações para os Requerentes da Opção 1 para mais informações sobre a Data Efetiva.)

B. O QUE É A INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA, OPÇÃO 1?

4. O QUE É A INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA, OPÇÃO 1?

A Indenização por motivo de Doença indeniza num valor entre 4.200,00 e 105.000,00 dólares americanos (incluindo uma Indenização Compensatória) se você apresentar registros médicos e documentos que mostrem que tem uma (1) das doenças ou condições referidas abaixo e tem uma incapacidade física relacionada ou correspondente aos critérios de gravidade para essa doença ou condição.

Existem nove (9) doenças e condições admissíveis nas Opções 1 e 2 por motivo de Doença. 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)

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

Lúpus Eritematoso Sistêmico (SLE)
 Polimiosite (PM)
 Dermatomiosite (DM)
 Sintomas Gerais do Tecido Conjuntivo (GCTS)

5. QUAL A DIFERENÇA ENTRE A OPÇÃO 1 POR MOTIVO DE DOENÇA E A OPÇÃO 2 POR MOTIVO DE DOENÇA?

A **Opção 1 por motivo de Doença** utiliza os mesmos critérios médicos e definições estabelecidos no acordo global original. Se estiver familiarizado com o Programa de Acordo Revisto (RSP) ou o Programa de Acordos para Estrangeiros (FSP), esses mesmos critérios se aplicavam também no Esquema de Benefícios de Montante Fixo. Essas doenças incluem tanto as apresentações clássicas como as atípicas de certas doenças reumáticas referidas acima. Inclui também duas (2) condições - Síndrome neurológica atípica (ANDS) e Doença do tecido conjuntivo atípica (ACTD) - definidas no acordo global original. A Opção 1 por motivo de Doença exige que você apresente documentação de uma incapacidade ou gravidade relacionada com sua doença ou condição com direito a reparações.

As doenças com direito a reparações na **Opção 2 por motivo de Doença** não faziam parte do acordo global original. Estavam incluídas no Programa de Acordo Revisto como o "Plano de Benefícios a Longo Prazo". Em geral, os critérios médicos para qualificar para uma reivindicação da Opção 2 por motivo de Doença são mais restritivos e requerem mais documentação médica e testes laboratoriais do que os da Opção 1 por motivo de Doença. Além disso, certas doenças com direito a reparações na Opção 1 por motivo de Doença não são compensáveis na Opção 2 por motivo de Doença, como por exemplo a Síndrome primária de Sjogren, MCTD/Síndrome de Sobreposição, ANDS e ACTD. A Opção 2 por motivo de Doença indeniza-o baseando-se no nível de gravidade de sua doença ou condição com direito a reparações. As indenizações para a Opção 2 por motivo de Doença são mais elevadas que as indenizações para a Opção 1 por motivo de Doença.

6. QUAIS SÃO OS BENEFÍCIOS PARA AS REIVINDICAÇÕES DE INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA APROVADAS?

Os montantes das indenizações da Opção 1 por motivo de Doença são determinados pelo seu nível de incapacidade ou gravidade aprovado.

PLANO DE INDENIZAÇÃO DA OPÇÃO 1 POR MOTIVO DE DOENÇA

| | | | |
|---|--|-----------------------------|---------------------|
| Qualquer doença aprovada na Opção 1 por motivo de Doença com um nível de gravidade ou incapacidade A, B, C ou D | Terá que ter elementos de prova de que tem ou teve uma prótese mamária Dow Corning e não teve uma prótese mamária de silicone gel da Bristol, Baxter ou 3M** | | |
| | Indenização de Base | + Indenização Compensatória | = Indenização Total |
| Nível de Gravidade / Incapacidade A | US\$ 17.500,00 | + US\$ 3.500,00 | = US\$ 21.000,00 |
| Nível de Gravidade / Incapacidade B | US\$ 7.000,00 | + US\$ 1.400,00 | = US\$ 8.400,00 |
| Nível de Gravidade / Incapacidade C ou D | US\$ 3.500,00 | + US\$ 700,00 | = US\$ 4.200,00 |

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

** Se tiver elementos de prova admissíveis de que tem ou teve uma prótese mamária de silicone gel da Bristol, Baxter ou 3M, o montante Total da Indenização será reduzido em 50%. Os montantes das indenizações da Opção 2 por motivo de Doença são determinados pelo nível de gravidade de sua doença ou condição aprovada.

PLANO DE INDENIZAÇÃO DA OPÇÃO 2 POR MOTIVO DE DOENÇA

| Localize sua doença ou condição aprovada na Opção 2 por motivo de Doença abaixo e o nível de gravidade dessa doença ou condição. | Terá que ter elementos de prova de que tem ou teve uma prótese mamária Dow Corning e não teve uma prótese mamária de silicone gel da Bristol, Baxter ou 3M** | | |
|--|--|-----------------------------|---------------------|
| | Indenização de Base | + Indenização Compensatória | = Indenização Total |
| Esclerodermia (SS) ou Lúpus (SLE); Nível de Gravidade A | US\$ 87.500,00 | + US\$ 17.500,00 | = US\$ 105.000,00 |
| Esclerodermia (SS) ou Lúpus (SLE); Nível de Gravidade B | US\$ 70.000,00 | + US\$ 14.000,00 | = US\$ 84.000,00 |
| Esclerodermia (SS) ou Lúpus (SLE); Nível de Gravidade C | US\$ 52.500,00 | + US\$ 10.500,00 | = US\$ 63.000,00 |
| Polimiosite (PM) ou Dermatomiosite (DM) (existe apenas um nível de gravidade para PM e DM); Sintomas Gerais do Tecido Conjuntivo (GCTS), Nível de Gravidade A | US\$ 38.500,00 | + US\$ 7.700,00 | = US\$ 46.200,00 |
| Sintomas Gerais do Tecido Conjuntivo (GCTS); Nível de Gravidade B | US\$ 26.250,00 | + US\$ 5.250,00 | = US\$ 31.500,00 |

** Se tiver elementos de prova admissíveis de que tem ou teve uma prótese mamária de silicone gel da Bristol, Baxter ou 3M, o montante Total da Indenização será reduzido em 50%.

7. POSSO PREENCHER O FORMULÁRIO DE PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA E ENVIAR MEUS REGISTROS MÉDICOS OU DOCUMENTOS NA MINHA LÍNGUA MATERNA OU TERÃO DE ESTAR EM INGLÊS?

Pode apresentar o Formulário de Indenização por motivo de Doença (margem vermelha) e 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 o inglês. (Leia a Pergunta P2-6 no Guia de Informações para os Requerentes da Opção 1 para mais informações).

8. NÃO TENHO CERTEZA SE TENHO LÚPUS OU ACTD. O FORMULÁRIO DE PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA AFIRMA QUE PODEREI INDICAR APENAS UMA (1) DOENÇA. COMO PODEREI DECIDIR QUAL SELECIONAR?

Consulte o seu médico antes de preencher o Formulário de Pedido de Indenização por motivo de Doença sobre qual a doença ou condição que ele(a) diagnosticou ou determinou que você

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

possa ter. Assinale a caixa equivalente ao seu diagnóstico e registros médicos de suporte. Se assinalar a caixa para lúpus, esclerodermia, polimiosite, dermatomiosite ou GCTS e não se qualificar, então a Entidade Administradora dos Acordos analisará a sua reivindicação para ACTD e/ou ANDS se, na opinião da Entidade Administradora dos Acordos, parece que você pode se qualificar para uma (1) dessas condições.

9. QUAL O PRAZO PARA APRESENTAR O MEU FORMULÁRIO DE PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA?

Terá de apresentar o Formulário de Pedido de Indenização por motivo de Doença (margem vermelha) e registros médicos justificativos até quinze (15) anos após a "Data Efetiva." (*Leia a Pergunta P9-5 no Guia de Informações para os Requerentes da Opção 1 para mais informações sobre a Data Efetiva.*) Antes que uma reivindicação de indenização por motivo de doença possa ser analisada ou paga, terá também de preencher e apresentar o Formulário de Elementos de Prova do Fabricante (margem azul) e os registros médicos e documentos que comprovem que recebeu uma prótese mamária Dow Corning.

10. O QUE ACONTECE SE EU TIVER UM PROBLEMA OU RECEBER UMA "NOTIFICAÇÃO DE DEFICIÊNCIA" REFERENTE À MINHA REIVINDICAÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA? EXISTE UM PRAZO PARA APRESENTAR DOCUMENTOS ADICIONAIS PARA RETIFICAR O PROBLEMA?

Se houver um problema com a sua reivindicação por motivo de doença, a Entidade Administradora dos Acordos informará por escrito sobre o problema. Terá apenas um (1) ano a contar da data da carta informando-o sobre a deficiência para retificar o problema. **Se não retificar o problema dentro do prazo de um (1) ano, a sua reivindicação será recusada e estará limitado futuramente a requerer numa nova condição manifestada após a conclusão do período de um (1) ano para retificar a deficiência.**

Devido a este tempo curto para retificar os problemas, é importante que reveja cuidadosamente os seus registros médicos antes de enviá-los para análise. Não envie os seus registros para a Entidade Administradora dos Acordos aos poucos. Assim que a reivindicação por motivo de doença é recebida, a Entidade Administradora dos Acordos irá analisar e avaliar a sua reivindicação com base nos registros médicos e documentos no seu processo nessa altura. Se você não apresentou todos os registros médicos e documentos que justificam a sua reivindicação, receberá por carta uma notificação de deficiência informando-o que a sua reivindicação será negada.

Se seus registros médicos cumprirem os requisitos de elementos de prova descritos no Guia de informações para os Requerentes da Opção 1, receberá uma carta da Entidade Administradora dos Acordos informando que a sua reivindicação foi aprovada. As reivindicações aprovadas serão indenizadas após a Data Efetiva.

11. 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 médicos e documentos 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 700,00 DÓLARES AMERICANOS OU DE INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA, OPÇÃO 1

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

Use este formulário para requerer a Indenização de Liberação Rápida no valor de 700,00 dólares americanos **OU** a Indenização por motivo de Doença variando entre 4.200,00 a 105.000,00 dólares americanos.

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 700,00 dólares americanos **ou** ou a Caixa 2B para requerer a Indenização por motivo de Doença. Não assinale ambas as caixas.

2A. Estou fazendo uma reivindicação para a Indenização de Liberação Rápida no valor de 700,00 dólares americanos. Compreendo que estou desistindo do meu direito de requerer, agora ou no futuro, a Indenização por motivo de Doença. O prazo para requerer esta indenização é três (3) anos a partir da Data Efetiva. (Se assinalar esta caixa, passe para a Pergunta 6 e assine o formulário.)

OU

2B. Estou fazendo uma reivindicação para a Indenização por motivo de Doença. Obtive todos os registros médicos e documentos exigidos para apoiar a minha reivindicação, e estou pronto para que a minha reivindicação por motivo de doença seja avaliada. O prazo para requerer esta indenização é quinze (15) anos a partir da Data Efetiva. (Se assinalar esta caixa, passe para a Pergunta 3).

3. **Assinale esta caixa somente se a sua reivindicação por motivo de doença foi avaliada no Programa de Acordo Revisto (RSP) ou no Programa de Acordos para Estrangeiros (FSP) e pretende confiar nessa avaliação existente sem apresentar quaisquer registros médicos ou documentos adicionais. Se for o caso, passe para a Pergunta 6 e assine o formulário. No entanto, 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 RSP ou no FSP, passe para a Pergunta 4.**

4. **Escolha apenas uma (1) das doenças ou condições abaixo em 4A - 4I. 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.**

4A. 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

4B. Estou fazendo uma reivindicação para Síndrome de Doença Neurológica Atípica (ANDS).

ou

4C. Estou fazendo uma reivindicação para Síndrome de Sjogren Primária (PSS).

ou

4D. Estou fazendo uma reivindicação para Doença Mista do Tecido Conjuntivo /Síndrome de Sobreposição (MCTD).

ou

4E. Estou fazendo uma reivindicação para Esclerose Sistêmica/Esclerodermia (SS).

ou

4F. Estou fazendo uma reivindicação para Lúpus Eritematoso Sistêmico (SLE).

ou

4G. Estou fazendo uma reivindicação para Polimiosite (PM).

ou

4H. Estou fazendo uma reivindicação para Dermatomiosite (DM).

ou

4I. Estou fazendo uma reivindicação para Sintomas Gerais do Tecido Conjuntivo (GCTS).

Se não se qualificar para a doença ou condição assinalada na Pergunta 4C-4I, 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).

5. Assinale a Caixa 5A ou 5B abaixo:

- 5A. 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*).
- 5B. Já apresentei registros médicos e documentos que apoiam a minha reivindicação por motivo de doença, e não tenho quaisquer registros adicionais para apresentar.

6. Assine o formulário abaixo. Se está requerendo a Indenização de Liberação Rápida, terá de assinar e devolver este formulário até três (3) anos após a Data Efetiva.

Se está requerendo uma Indenização por motivo de Doença, terá de assinar e devolver este formulário, junto com registros médicos, 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

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA DE 1.200,00 DÓLARES AMERICANOS, OPÇÃO 2

I n s t r u ç õ e s

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

Use este formulário para requerer a Indenização de Liberação Rápida no valor de 1.200,00 dólares americanos. Leia estas Instruções e o Guia de Informações para os Requerentes da Opção 2 para mais informações.

1. O QUE É A INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA NO VALOR DE 1.200,00 DÓLARES AMERICANOS, OPÇÃO 2?

Receberá a Indenização de Liberação Rápida no valor de 1.200,00 dólares americanos, demonstrando simplesmente que recebeu uma prótese mamária Dow Corning.

2. O QUE DEVO FAZER PARA RECEBER A INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA NO VALOR DE 1.200,00 DÓLARES AMERICANOS?

Preencha e apresente este formulário de pedido. Além disso, envie quaisquer dos seguintes registros médicos ou documentos que comprovem que recebeu uma prótese mamária Dow Corning:

- A.** Registros do hospitalares do relatório do cirurgião sobre a cirurgia de implante da prótese mamária - redigidos na data ou próximo da data da sua cirurgia de implante – que especifiquem uma marca Dow Corning ou a Dow Corning como o fabricante. A lista das marcas Dow Corning encontra-se na Pergunta 4 abaixo.
- B.** Uma "cópia autenticada" dos seus registros médicos que contenha a etiqueta da embalagem da prótese mamária indicando uma prótese mamária Dow Corning. (*Leia a Pergunta 3 abaixo quanto a uma definição de "cópia autenticada".*) Nota: uma cópia autenticada só é exigida se:
 - 1. A etiqueta estiver em uma página que não revele afirmativamente pertencer aos seus registros hospitalares ou médicos e não possui o número do lote, número de série ou o número de referência sobre a mesma; **OU**
 - 2. Os registros do hospital estiverem organizados de forma que a etiqueta ou rótulo da prótese mamária tenha sido colocada/o em uma página separada. Se a página contendo a etiqueta ou rótulo da prótese mamária indicar claramente que é proveniente dos registros hospitalares contemporâneos da cirurgia de implante da prótese mamária, contiver outras informações relacionadas com a sua hospitalização na mesma página, e tiver identificação suficiente do paciente para que a Entidade Administradora dos Acordos possa comprovar que provém dos seus registros, se enquadrará na categoria de elementos de prova admissíveis de registros hospitalares contemporâneos, e não necessitará de autenticação.
- C.** As etiquetas da prótese mamária estão claramente marcadas com um número de lote, série ou de referência. (*Leia a Pergunta P5-9 no Guia de informações para os Requerentes da Opção 2 para informações sobre os números de lote, série e referência, das próteses mamárias Dow Corning*). Estas etiquetas não têm de ser autenticadas.
- D.** Registros médicos do cirurgião sobre a cirurgia de implante - redigidos na data ou próximo da data da sua cirurgia de implante da prótese mamária – que especifiquem uma marca Dow Corning ou a Dow Corning como o fabricante. A lista das marcas Dow Corning encontra-se na Pergunta 4 abaixo.

NÃO DEVOLVA INSTRUÇÕES COM O FORMULÁRIO

Para assistência ou perguntas telefone gratuitamente para o Programa de Assistência a Pedidos no +1 (866) 874-6099 ou acesse o www.dcsettlement.com na internet

- E.** Uma declaração afirmativa do cirurgião que efetuou o seu implante (ou de uma pessoa responsável da instituição de tratamento onde foi efetuada a sua cirurgia de implante de prótese mamária) atestando que você recebeu uma prótese mamária Dow Corning. A pessoa que efetuar esta declaração afirmativa deve também fornecer a base para essa conclusão. Este tipo de elementos de prova somente é aceito se:
1. Os registros descritos nos sub parágrafos 2A e 2B acima, não estiverem disponíveis; e
 2. Deve incluir uma descrição dos passos tomados para tentar garantir os tipos de prova descritos nos sub parágrafos 2A e 2B acima; e
 3. Deve explicar por que razão estes registros não estavam disponíveis. A declaração dos passos tomados pode ser fornecida pelo seu advogado se for representado em conselho. Esta declaração não pode se basear em "elementos de prova inadmissíveis" conforme definido na Pergunta P5-11 no Guia de Informações para os Requerentes da Opção 2.
- F.** Um formulário de pedido da seguradora de saúde, assinado pelo médico que efetuou o seu implante, com uma data da cirurgia de implante da prótese mamária, indicando o tipo de prótese mamária utilizado.
- G.** Registros médicos do médico que removeu a sua prótese mamária (ou de outro médico ou profissional adequado que examinou a sua prótese mamária durante ou depois da cirurgia de remoção) - redigidos na data do exame da sua prótese mamária – se esse médico ou outro profissional adequado indicar uma característica específica da prótese mamária que se encontra na lista "Identificadores Únicos" das próteses mamárias Dow Corning. A lista dos "Identificadores Únicos" das próteses mamárias Dow Corning está na Pergunta P5-8 abaixo, no Guia de Informações para os Requerentes da Opção 2.
- H.** Uma fotografia da sua prótese mamária removida que mostre um (1) dos "Identificadores Únicos" para uma prótese mamária Dow Corning, conforme indicado na Pergunta P5-8 no Guia de Informações para os Requerentes da Opção 2, se:
1. A fotografia for acompanhada por uma declaração do médico que removeu a sua prótese mamária; e
 2. Ele(a) identificar a prótese mamária na fotografia, como a prótese mamária que ele(a) removeu de você.
- I.** "Folhas de controle" referentes à prótese da Dow Corning ou de uma marca específica, com notas remissivas em seu nome, e que pareçam ser registros contemporâneos do hospital ou do consultório do médico que efetuou o seu implante. *(Leia a pergunta P5-10 no Guia de Informações para os Requerentes da Opção 2 para uma descrição de "folhas de controle")*.
- J.** A fatura ou lista da embalagem da Dow Corning contida em seus registros médicos ou hospitalares relacionados com a cirurgia de implante da prótese mamária. Se a Entidade Administradora dos Acordos não puder determinar que a fatura ou lista da embalagem foi na realidade incluída nestes registros, poderá exigir uma "cópia autenticada" dos registros ou uma declaração suplementar do responsável pelos registros.
- K.** O catálogo da Dow Corning com um tipo ou modelo específico de prótese mamária com um círculo à volta ou marcado de outra forma, se contido numa "cópia autenticada" de seus registros médicos ou hospitalares relacionados com a cirurgia de implante, que foram compilados e/ou produzidos antes ou próximo da data dessa cirurgia.

NÃO DEVOLVA INSTRUÇÕES COM O FORMULÁRIO

Para assistência ou perguntas telefone gratuitamente para o Programa de Assistência a Pedidos no +1 (866) 874-6099 ou acesse o www.dcsettlement.com na internet

- L. Formulários de "Consentimento Informado do Paciente" assinados por você e datados próximo da data da sua cirurgia de implante da prótese mamária, acompanhados por outros registros médicos ou do hospital contemporâneos, confirmando que a cirurgia de implante da prótese mamária ocorreu e identificando a Dow Corning como o fabricante da prótese mamária.
- M. Admissões em petições ou cartas escritas pela Dow Corning para você, seu representante ou seu médico, afirmando que as suas próteses mamárias foram fabricadas pela Dow Corning.
- N. Para implantes de próteses mamárias efetuados depois de julho de 1986, participação no "Programa de Despesas de Substituição do Produto" ("PREP") conforme documentado por uma brochura PREP assinada, declaração ou documento semelhante se incluídos numa "cópia autenticada" dos seus registros médicos ou hospitalares contemporâneos.
- O. Participação no "Programa de Assistência à Remoção" da Dow Corning depois de março de 1992 documentada por correspondência incluindo o pagamento de despesas médicas não seguradas, emitido ao abrigo do programa e baseado no recebimento da documentação adequada. A Dow Corning fornecerá os nomes das pessoas que tenham participado no Programa de Assistência à Remoção. Se você for identificado pela Dow Corning como tendo participado no Programa de Assistência à Remoção, a Entidade Administradora dos Acordos o informará desse fato, e não necessitará apresentar documentos de elementos de prova do fabricante suplementares.
- P. Se se basear no padrão seguinte, deverá apresentar todos os seguintes:
 1. Uma fatura Dow Corning, recibo de venda, declaração de embalagem ou recibo de importação que acompanham normalmente uma prótese mamária vendida para implante, onde essa fatura, recibo ou declaração faz referência a uma prótese mamária Dow Corning; e
 2. Deve conter ou o nome do requerente ou outra informação identificando o requerente; e
 3. Deve ser acompanhado por registros médicos que mostrem que o requerente recebeu, posteriormente, uma prótese mamária Dow Corning, dentro de um período de tempo razoável após a data da fatura, recibo de venda, declaração ou recibo de importação.

3. O QUE É UMA "CÓPIA AUTENTICADA" DE UM REGISTRO MÉDICO?

Uma cópia autenticada é uma cópia dos registros com um certificado anexo, normalmente assinado por um depositário de registros daquele gabinete ou entidade, afirmando que as páginas anexas são uma cópia fiel e verdadeira dos registros no arquivo de um determinado paciente.

NÃO DEVOLVA INSTRUÇÕES COM O FORMULÁRIO

Para assistência ou perguntas telefone gratuitamente para o Programa de Assistência a Pedidos no +1 (866) 874-6099 ou acesse o www.dcsettlement.com na internet

4. QUAIS SÃO AS MARCAS ADMISSÍVEIS PARA PRÓTESES MAMÁRIAS DOW CORNING?

Se os registros médicos ou outros documentos são baseados na Pergunta 2, parágrafo A-F ou I-P acima, são admissíveis quaisquer das seguintes marcas para as próteses mamárias Dow Corning (para informação sobre o parágrafo G e H na Pergunta 2, leia o Guia de Informações para os Requerentes da Opção 2 na Seção 5):

| 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 cirúrgico 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 |

5. POSSO PREENCHER ESTE FORMULÁRIO DE PEDIDO E ENVIAR MEUS REGISTROS MÉDICOS OU DOCUMENTOS NA MINHA LÍNGUA MATERNA OU TERÃO DE ESTAR 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 P2-3 no Guia de Informações para os Requerentes da Opção 2 para mais informações.)

6. SE RECEBER A INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA NO VALOR DE 1.200,00 DÓLARES AMERICANOS, POSSO RECEBER OUTRAS INDENIZAÇÕES DO ACORDO?

Não.

NÃO DEVOLVA INSTRUÇÕES COM O FORMULÁRIO

Para assistência ou perguntas telefone gratuitamente para o Programa de Assistência a Pedidos no +1 (866) 874-6099 ou acesse o www.dcsettlement.com na internet

7. EXISTE UM PRAZO PARA APRESENTAR O MEU FORMULÁRIO DE PEDIDO E OS REGISTROS MÉDICOS OU DOCUMENTOS?

Sim, terá de apresentar o seu formulário de pedido e os registros médicos ou documentos até três (3) anos após a "Data Efetiva". (Leia a Pergunta P6-5 no Guia de Informações para os Requerentes da Opção 2 para mais informações sobre a Data Efetiva).

8. 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 médicos e documentos 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 no +1 (866) 874-6099 ou acesse o www.dcsettlement.com na internet

Está página foi intencionalmente deixada em branco.

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA DE 1.200,00 DÓLARES AMERICANOS, OPÇÃO 2

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

Use este formulário para requerer a indenização de Liberação Rápida no valor de 1.200,00 dólares americanos.

1. Use a etiqueta destacável fornecida no seu pacote.

COLOQUE A SUA ETIQUETA AQUI

FORNEÇA ATUALIZAÇÕES OU CORREÇÕES ABAIXO:

1. Número da Reivindicação ou Número de Segurança Social: _____
2. Data de Nascimento: _____
Mês/Dia/Ano
3. _____
Novo Sobrenome
4. _____
Novo Endereço
- _____ Cidade _____ Estado _____ CEP
5. Telefone durante o dia: (____) _____
6. Telefone de noite: (____) _____
7. Nome do Advogado/Endereço/Telefone/Fax:

8. Se desejar receber circulares ou informação sobre a sua reivindicação por e-mail, forneça o seu endereço e-mail:

2. Estou requerendo a Indenização de Liberação Rápida no valor de 1.200,00 dólares americanos.

Compreendo e concordo que não posso receber qualquer outra indenização. Desisto de todas as reivindicações presentes e futuras relacionadas com a(s) minha(s) prótese(s) mamária(s) Dow Corning.

3. Assinale a Caixa 3A ou a Caixa 3B.

3A. Anexo a este formulário as cópias dos meus registros médicos ou documentos que comprovam que recebi uma prótese mamária Dow Corning. (*Guarde uma cópia para o seu processo*).

OU

3B. Já apresentei os meus registros médicos ou documentos que comprovam que recebi uma prótese mamária Dow Corning e portanto não envio em anexo quaisquer registros ou documentos adicionais. (Não precisa apresentar novamente os seus registros médicos ou documentos, no entanto, se apresentar novamente uma cópia dos referidos documentos ou registros médicos poderá acelerar o processo de análise da sua reivindicação).

◆ **FORMULÁRIO DE PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA DE 1.200,00 DÓLARES AMERICANOS, OPÇÃO 2** ◆

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

4. Preencha o quadro seguinte para fornecer informação sobre todas as próteses mamárias que recebeu. Se precisar de mais espaço, use uma folha de papel em branco e escreva claramente o seu nome e Número de Segurança Social ou Número de Reivindicação, em letras de imprensa, em cada folha de papel.

| Data da Cirurgia de Implante da Prótese Mamária | Marca ou Nome do Fabricante da Prótese | País em que recebeu a sua prótese e nome do médico | Data da remoção da prótese |
|---|--|--|---|
| ____/____/____ (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 |
| ____/____/____ (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 |

5. Assine e devolva este formulário até três (3) anos após a Data Efetiva.

Declaro sob pena de perjúrio que recebi uma prótese mamária Dow Corning, e que a informação contida neste formulário é verdadeira, correta e completa dentro dos meus conhecimentos, informação e julgamento.

Data da Assinatura

Assinatura do Requerente, Executor/Administrador ou Tutor

◆ FORMULÁRIO DE PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA DE 1.200,00 DÓLARES AMERICANOS, OPÇÃO 2 ◆

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 ELEMENTOS DE PROVA DO FABRICANTE DE 600,00 DÓLARES AMERICANOS, OPÇÃO 3

I n s t r u ç õ e s

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

Use este formulário para requerer uma Indenização de Elementos de Prova do Fabricante no valor de 600,00 dólares americanos. Leia estas Instruções e o Guia de Informações para os Requerentes da Opção 3 para mais informações.

1. O QUE É A INDENIZAÇÃO DE ELEMENTOS DE PROVA DO FABRICANTE NO VALOR DE 600,00 DÓLARES AMERICANOS, OPÇÃO 3?

Se entrou com o formulário de "Elementos de Prova da Reivindicação" no tribunal de falências dos EUA, em Michigan, até 14 de fevereiro de 1997, receberá 600,00 dólares americanos se preencher e devolver este formulário de pedido até quinze (15) anos após a Data Efetiva. (Leia a Pergunta P5-5 no Guia de Informação para os Requerentes da Opção 3 para mais informações sobre a Data Efetiva).

2. TENHO QUE APRESENTAR ALGUM DOCUMENTO ADICIONAL JUNTO COM ESTE FORMULÁRIO DE PEDIDO PARA RECEBER A INDENIZAÇÃO DE ELEMENTOS DE PROVA DO FABRICANTE NO VALOR DE 600,00 DÓLARES AMERICANOS?

Não.

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

Se recebeu uma prótese de qualquer das seguintes marcas, está habilitado a receber a Indenização de Elementos de Prova do Fabricante no valor de 600,00 dólares americanos:

| 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 cirúrgico 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 no +1 (866) 874-6099 ou acesse o www.dcsettlement.com na internet

4. POSSO PREENCHER ESTE FORMULÁRIO DE PEDIDO NA MINHA LÍNGUA MATERNA OU TERÁ DE ESTAR EM INGLÊS?

Pode apresentar este formulário de pedido na sua língua materna. No entanto, será possível processar o seu pedido mais rapidamente se preencher o formulário em inglês.

5. SE RECEBER A INDENIZAÇÃO DE ELEMENTOS DE PROVA DO FABRICANTE NO VALOR DE 600,00 DÓLARES AMERICANOS, POSSO RECEBER OUTRAS INDENIZAÇÕES DO ACORDO?

Não.

6. 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 registos médicos e documentos 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

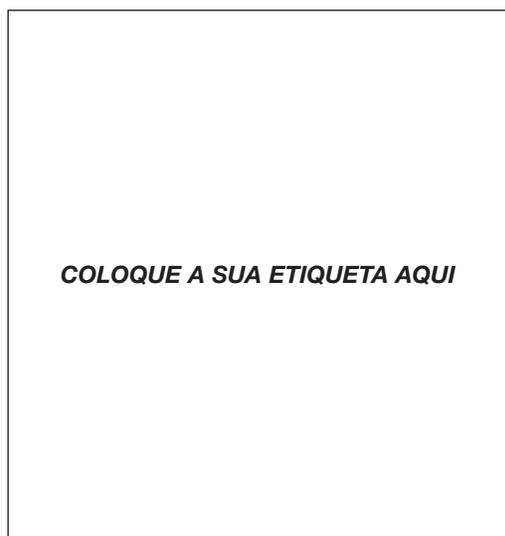
Para assistência ou perguntas telefone gratuitamente para o Programa de Assistência a Pedidos no +1 (866) 874-6099 ou acesse o www.dcsettlement.com na internet

FORMULÁRIO DE ELEMENTOS DE PROVA DO FABRICANTE DE 600,00 DÓLARES AMERICANOS, OPÇÃO 3

PARA REQUERENTES DO PROCESSO DE PRÓTESES MAMÁRIAS DOW CORNING (CLASS 6.2)

Use este formulário para requerer uma Indenização de Elementos de Prova do Fabricante no valor de 600,00 dólares americanos.

1. Use a etiqueta destacável fornecida no seu pacote.



COLOQUE A SUA ETIQUETA AQUI

FORNEÇA ATUALIZAÇÕES OU CORREÇÕES ABAIXO:

1. Número da Reivindicação ou Número de Segurança Social: _____
2. Data de Nascimento: _____
Mês/Dia/Ano
3. _____
Novo Sobrenome
4. _____
Novo Endereço
- _____ Cidade _____ Estado _____ CEP
5. Telefone durante o dia: (____) _____
6. Telefone de noite: (____) _____
7. Nome do Advogado/Endereço/Telefone/Fax:

8. Se desejar receber circulares ou informação sobre a sua reivindicação por e-mail, forneça o seu endereço e-mail:

2. Estou requerendo a Indenização de Elementos de Prova do Fabricante no valor de 600,00 dólares americanos.

Declaro sob juramento que recebi uma prótese mamária Dow Corning. Compreendo e concordo que se aceitar a Indenização de Elementos de Prova do Fabricante no valor de 600,00 dólares americanos, não poderei receber nenhuma outra indenização.

3. Assine e devolva este formulário até quinze (15) anos após a Data Efetiva.

Declaro sob pena de perjúrio que recebi uma prótese mamária Dow Corning, e que a informação contida neste formulário é verdadeira, correta e completa dentro dos meus conhecimentos, informação e julgamento. Retiro todas as reivindicações contra a Dow Corning, as Partes Quitadas e a Entidade Administradora dos Acordos que tenho agora ou venha a ter no futuro, relacionadas com a(s) minha(s) prótese(s) mamária(s) Dow Corning ou quaisquer materiais componentes nas minhas próteses.

Data da Assinatura

Assinatura do Requerente, Executor/Administrador ou Tutor

● FORMULÁRIO DE ELEMENTOS DE PROVA DO FABRICANTE DE 600,00 DÓLARES AMERICANOS, OPÇÃO 3 ●

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 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.dcssettlement.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 ESTAR 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

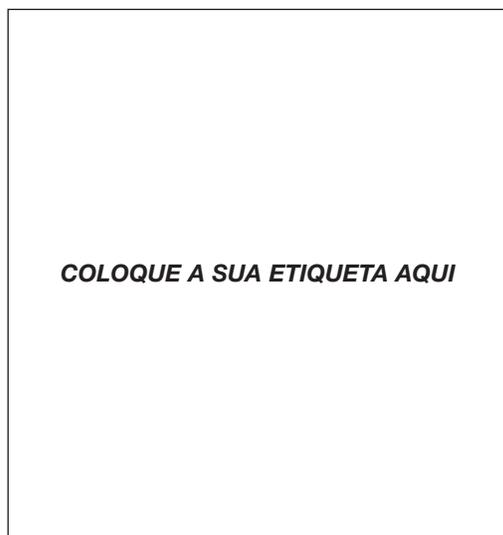
Está página foi intencionalmente deixada em branco.

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.



FORNEÇA ATUALIZAÇÕES OU CORREÇÕES ABAIXO:

1. Número da Reivindicação ou Número de Segurança Social: _____
2. Data de Nascimento: _____
Mês /Dia/Ano
3. _____
Novo Sobrenome
4. _____
Novo Endereço
- _____ Cidade Estado CEP
5. Telefone durante o dia: (_____) _____
6. Telefone de noite: (_____) _____
7. Nome do Advogado/Endereço/Telefone/Fax:

8. Se desejar receber circulares ou informação sobre a sua reivindicação por e-mail, forneça o seu endereço e-mail:

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 registos 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 registos médicos relativos à sua cirurgia de implante de prótese mamária. Inclua detalhes suficientes sobre onde os seus registos 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 registos:

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.** Descreva 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