

# 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](http://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](http://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](http://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.dcssettlement.com](http://www.dcssettlement.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](http://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](http://www.dcsettlement.com) na internet

## 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.

<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; height: 150px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p><b>COLOQUE A SUA ETIQUETA AQUI</b></p> </div>	<p><b>FORNEÇA ATUALIZAÇÕES OU CORREÇÕES ABAIXO:</b></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. 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).

**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