

**PLANO 5 PARA  
O PROTOCOLO DO PROGRAMA DO AVAT DE INDEMNIZAÇÃO  
INDEPENDENTEMENTE DA RESPONSABILIDADE**

**AVISO DE RECURSO DE RECLAMAÇÃO A RECEBER RECUSADA  
AO ABRIGO DO PROGRAMA DO AVAT DE INDEMNIZAÇÃO  
INDEPENDENTEMENTE DA RESPONSABILIDADE**

**AVISOS IMPORTANTES/INSTRUÇÕES PARA OS QUEIXOSOS:**

1. **Quando usar este Formulário:** Queira usar e entregar este Formulário de Aviso de Recurso apenas se estiver a interpor recurso relativo à recusa de uma Reclamação a Receber ao abrigo do Programa. Se estiver a interpor recurso relativo à rejeição de um Requerimento sob o fundamento de este não constituir uma Reclamação a Receber ao abrigo do Programa, então (1) não use este formulário e (2) queira usar o Aviso de Recurso de Requerimento Rejeitado (Considerado a Não Receber), disponível em [www.avatclaims.com](http://www.avatclaims.com). Queira consultar as Secções 6 e 8 do Protocolo do Programa para mais informações relativas ao processo de recursos de Reclamações a Receber recusadas.
2. **Línguas Aceites:** O presente Aviso de Recurso deve ser preenchido e entregue em inglês no início do Programa e subsequentemente em francês ou português. Caso este Aviso de Recurso seja preenchido ou entregue em qualquer outra língua, não poderá ser aceite ou considerado. Contudo, quaisquer documentos de apoio adicionais cuja entrega seja permitida juntamente com este Aviso de Recurso (ver parágrafo 6 abaixo) podem ser apresentados numa outra língua, caso não estejam disponíveis em inglês no início do Programa e subsequentemente em francês, português ou árabe.
3. **O Requerente ao Preencher este Requerimento:** Deverá preencher todas as secções/questões deste formulário de Aviso de Recurso. Deverá fornecer o máximo possível de pormenores e informações.
4. **Nome, Assinatura e Data Exigidos:** Deverá inserir o seu nome completo, assinar e datar nos espaços previstos na Secção G deste formulário de Aviso de Recurso, antes de o entregar ao Administrador.
5. O (i) não preencher todas as secções deste Formulário de Aviso de Recurso ou (ii) não assinar, datar e inserir o seu nome completo neste formulário levará à rejeição deste Aviso de Recurso ou a atrasos no seu processamento.
6. **Documentos de Apoio Adicionais Permitidos:** Juntamente com este Aviso de Recurso, deverá fornecer quaisquer documentos de apoio adicionais ou informação que deseje ver considerados pelo Painel de Recurso, relativamente a este recurso. Tal informação/documentação de apoio adicional pode incluir, por exemplo: (a) cópias de quaisquer relatórios/provas médicas relevantes que não tenham sido entregues anteriormente como parte do Requerimento original; e/ou (b) cópias de quaisquer recibos ou outras provas de despesas médicas relevantes, incluindo tratamentos hospitalares relevantes que não tenham sido entregues anteriormente como parte do Requerimento original.

7. **Prazo de Entrega:** Deve submeter este Formulário de Aviso de Recurso ao Administrador do Programa no prazo de 90 dias após a data da notificação do Administrador de recusa da reclamação. Se este Aviso de Recurso for submetido após este prazo, não será aceite ou considerado ao abrigo do Programa.
8. **Como Apresentar este Formulário:** Depois de devidamente preenchido, assinado e datado, deve apresentar este Aviso de Recurso (juntamente com quaisquer documentos de apoio adicionais) ao Administrador do Programa, por qualquer um dos seguintes meios:
- Carregando-os para o portal *web* do Programa, disponível em [www.avatclaims.com](http://www.avatclaims.com);
  - Enviando-os por correio eletrónico para [avatclaims@esis.com](mailto:avatclaims@esis.com); ou
  - Enviando-os por correio normal para um dos Centros Regionais do Programa, cujos endereços se encontram no Anexo 2 (Informação de Contato dos Centros Regionais), anexo a este formulário, e estão também disponíveis no portal *web* do Programa em [www.avatclaims.com](http://www.avatclaims.com).
9. **Definições:** Termos em letra maiúscula usados, mas não definidos neste Aviso de Recurso, têm o significado que lhes é atribuído no Protocolo do Programa, disponível em [www.avatclaims.com](http://www.avatclaims.com).
10. **O Que Acontece a Seguir?** Queira consultar o Anexo 1 deste Aviso de Recurso, para um breve resumo de “O que acontece a seguir“, após este formulário de Aviso de Recurso devidamente preenchido, assinado e datado ter sido apresentado ao Administrador do Programa, dentro do prazo pertinente.

## AVISO DE RECURSO DE RECLAMAÇÃO A RECEBER RECUSADA

### Secção A – Dados do Paciente

Queira fornecer abaixo os dados solicitados do Paciente.

A informação a ser fornecida nesta Secção A deve ser a mesma informação fornecida anteriormente na Secção 1 do Requerimento original.

Nome próprio:	Inicial do meio:	Apelido:
Endereço da residência (incluindo a região e o país):		
Telefone da residência, caso exista:	Telemóvel, caso exista:  Telefone WhatsApp, caso exista:	<i>E-mail</i> , caso exista:
Data de nascimento (dia/mês/ano):	Naturalidade:	Sexo:

### Secção B – Dados da pessoa com poder legal para entregar este Aviso de Recurso pelo Paciente (se essa pessoa não for o Paciente)

Se o Paciente: (a) tiver falecido; ou (b) estiver incapacitado na medida em que o Paciente não possa entregar este Aviso de Recurso por si próprio; ou (c) for uma criança; ou (d) não possuir capacidade legal por qualquer motivo para entregar este Aviso de Recurso por si próprio, então deverá ser outra pessoa, que tenha o poder legal para entregar este Aviso de Recurso pelo Paciente, a fazê-lo.

Nos casos supra, queira preencher abaixo os dados da pessoa com poder legal para entregar este Aviso de Recurso pelo Paciente.

### AVISOS IMPORTANTES/INSTRUÇÕES:

1. As informações fornecidas nesta Secção B deverão ser as mesmas fornecidas anteriormente na Secção 2 do Requerimento original, exceto se a pessoa que entregou o Requerimento original pelo Paciente *tiver mudado*, em cujo caso, a nova pessoa com poder legal para representar o Paciente deve entregar, juntamente com este Aviso de Recurso: (i) todas as informações exigidas na Secção 2 do Formulário de Requerimento e (ii) nova documentação conforme exigida na Secção 8(c) do Formulário de Requerimento.
  
2. Se o Requerimento original tiver sido entregue pelo próprio Paciente, *mas, desde essa entrega, o Paciente*: (a) tiver falecido; ou (b) estiver incapacitado na medida em que o Paciente não possa entregar este Aviso de Recurso por si próprio; ou (c) tiver perdido a capacidade legal por qualquer outro motivo para entregar este Formulário de Aviso de Recurso, então, a pessoa que entregue este Aviso de Recurso pelo Paciente deve também entregar, juntamente com este Formulário: (i) todas as informações exigidas na Secção 2 do Formulário de Requerimento e (ii) documentação exigida na Secção 8(c) do Formulário de Requerimento.

Nome próprio:	Inicial do meio:	Apelido:
Endereço da residência (incluindo a região e o país):		
Telefone da residência, caso exista:	Telemóvel, caso exista:  Telefone WhatsApp, caso exista:	<i>E-mail</i> , caso exista:
Data de nascimento (dia/mês/ano):	Relação com o Paciente:	

### **Secção C – Dados da Reclamação a Receber Recusada**

Queira fornecer os dados da Reclamação a Receber recusada, à qual este Aviso de Recurso diz respeito. A informação solicitada nesta Secção C figura na notificação de recusa da reclamação enviada pelo Administrador do Programa. A **informação solicitada nesta secção é essencial** para que o recurso constante deste formulário prossiga.

Se acreditar haver um erro na informação contida na notificação de rejeição de recusa da reclamação, use, não obstante, a informação que figura na notificação de rejeição de

recusa da reclamação e, na Secção D abaixo, explique por que razão tal informação está incorreta.

Número do Requerimento:	Data (dia/mês/ano) do Requerimento:
Local onde o Requerimento foi entregue:	Data (dia/mês/ano) da Notificação de Recusa da Reclamação:

### **Secção D – Motivos do recurso**

Por palavras suas, queira indicar na caixa abaixo os motivos por que considera que a decisão do Painel de Revisão de recusar a sua Reclamação a Receber está errada. Em particular, queira comentar se, na sua opinião:

- (i) houve uma alteração material (i.e., importante) nas circunstâncias, desde que a decisão do Painel de Revisão foi tomada; e/ou
- (ii) a decisão do Painel de Revisão foi tomada sem conhecimento de factos relevantes; e/ou
- (iii) o Painel de Revisão não considerou devidamente provas médicas relevantes; e/ou
- (iv) o Painel de Revisão não aplicou devidamente a norma de prova da Causa Mais Provável, i.e., na sua opinião, a Vacina ou a sua administração é a causa mais provável da Lesão reclamada (conforme definida no Protocolo).



### **Secção E – Documentos de Apoio Adicionais**

Se desejar que o Painel de Recurso considere quaisquer documentos de apoio e/ou informações adicionais relativamente a este Aviso de Recurso, **queira entregar todos esses documentos de apoio e/ou informações adicionais juntamente com (i.e., ao mesmo tempo que) este Aviso de Recurso.**

Tal informação/documentação de apoio adicional pode incluir, por exemplo: (a) cópias de quaisquer relatórios/provas médicas relevantes que não tenham sido entregues anteriormente como parte do Requerimento original; e/ou (b) cópias de quaisquer recibos ou outras provas de despesas médicas relevantes, incluindo tratamentos hospitalares relevantes que não tenham sido entregues anteriormente como parte do Requerimento original.

### **Secção F – Certificações e Acordos**

Ao assinar e submeter este Aviso de Recurso, o Paciente (ou a pessoa com poder legal para entregar este Aviso de Recurso pelo Paciente, conforme o caso) confirma todos os consentimentos, acordos, certificações e declarações fornecidos nas Secções 10 a 13 do Requerimento original e reconhece, acorda e certifica o seguinte:

- a. Caso haja qualquer conflito ou inconsistência entre a versão em língua inglesa deste formulário de Aviso de Recurso e quaisquer traduções, a versão em língua inglesa controlará e prevalecerá em todos os aspetos; e

- b. As declarações, respostas, documentos e informações contidas ou apresentadas relativamente a este Aviso de Recurso são verdadeiras e corretas tanto quanto é do seu conhecimento e crença; e, caso qualquer dessas declarações, respostas, documentos e informações não sejam verdadeiras, o Administrador terá o direito, quando aplicável, de remeter este recurso para a autoridade competente de aplicação da lei, para investigação adicional.

**Secção G – Assinatura, Nome e Data**

O Paciente, ou a pessoa com poder legal para entregar este Aviso de Recurso pelo Paciente, assinou este Aviso de Recurso a contar da data estabelecida abaixo.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

**[FIM DO AVISO DE RECURSO DE RECLAMAÇÃO A RECEBER RECUSADA]**

## ANEXO 1

### **AO AVISO DE RECURSO DE RECLAMAÇÃO A RECEBER RECUSADA**

***O que acontece após este Aviso de Recurso de Reclamação a Receber Recusada ter sido devidamente preenchido e entregue?***

1. No prazo de 7 dias após o Administrador do Programa ter recebido um Aviso de Recurso de Reclamação a Receber Recusada devidamente preenchido, assinado e datado, apresentado dentro do prazo aplicável, o Administrador enviará ao Painel de Recurso do Programa: (a) o Aviso de Recurso (juntamente com quaisquer documentos que possam ser exigidos nos termos da Secção B e quaisquer documentos de apoio adicionais entregues com o Aviso de Recurso); (b) o Requerimento original e Comprobativos de Apoio; e (c) qualquer informação adicional ou documentação que possa ter sido pedida pelo Administrador e que tenha sido entregue atempadamente ao mesmo à data da notificação de recusa da reclamação.
2. No prazo de 30 dias após a receção da documentação supramencionada, o Painel de Recursos: (i) irá rever o Aviso de Recurso (juntamente com os outros documentos mencionados acima) e (ii) nessa base, o Painel de Recursos determinará se a recusa da Reclamação a Receber em questão será mantida ou revertida.
3. O Painel de Recursos comunicará por escrito ao Administrador a sua determinação de manter ou reverter uma rejeição anterior de uma Reclamação a Receber (incluindo os fundamentos de tal determinação) logo que o Painel de Recursos tenha uma determinação e, em qualquer caso, nos 7 dias seguintes.
4. O Administrador enviar-lhe-á um aviso por escrito da determinação do Painel de Recursos de manter ou reverter uma recusa anterior de uma Reclamação a Receber, incluindo os seus fundamentos, logo que possível após o Painel de Recursos ter submetido a determinação ao Administrador, mas, o mais tardar, 14 dias depois.

A decisão do Painel de Recursos nos termos deste Aviso de Recurso é final e não pode ser objeto de recurso.