

**PLANO 3 PARA  
O PROTOCOLO DO PROGRAMA DO AVAT DE INDEMNIZAÇÃO  
INDEPENDENTEMENTE DA RESPONSABILIDADE**

**FORMULÁRIO DE COMPROVATIVOS DE APOIO  
AO ABRIGO DO PROGRAMA DO AVAT DE INDEMNIZAÇÃO  
INDEPENDENTEMENTE DA RESPONSABILIDADE**

**INSTRUÇÕES / AVISOS IMPORTANTES AOS REQUERENTES:**

1. **Quando usar este Formulário:** Queira usar este Formulário de Comprovativos de Apoio para fornecer as provas médicas necessárias, ao abrigo da Secção 8(a) do formulário de Requerimento, para apresentar um requerimento de indemnização ao abrigo do Programa. Deve entregar este formulário de Comprovativos de Apoio juntamente com o Formulário de Requerimento (Plano 2 do Protocolo do Programa).
2. **Quem deverá Preencher este Formulário:** Por favor, não preencha este formulário pessoalmente. Conforme disposto abaixo, este formulário deve ser preenchido por um ou mais Profissionais de Saúde Autorizados<sup>1</sup>.
3. **Período de Espera:** Com exceção do caso descrito abaixo, deve ser observado um período de espera de 30 dias, após a administração de uma Vacina ao Paciente, antes de poder tomar quaisquer medidas para apresentação de um Requerimento de indemnização ao abrigo deste Programa. Neste contexto, não preencha nem apresente um Requerimento nem obtenha Comprovativos de Apoio, caso tenham passado menos de 30 dias desde a administração da Vacina, pois, nesse caso, o Requerimento não será aceite nem considerado.
  - **Exceção:** O período de 30 dias de espera descrito acima não se aplica caso o Paciente tenha morrido após a administração de uma Vacina e a morte do Paciente seja atribuída por um Profissional de Saúde Autorizado a esta Vacina ou à sua administração.
4. **O Profissional de Saúde Autorizado (Não Requerente) Deve Preencher este Formulário:** Este Formulário de Comprovativos de Apoio deve ser preenchido, assinado e datado por pelo menos um Profissional de Saúde Autorizado (conforme definido na nota de rodapé 7, abaixo), apesar de também ser possível que diversos Profissionais de Saúde Autorizados preencham este formulário. O(s) Profissional(ais) de Saúde Autorizado(s) que preencham este formulário devem responder a todas as secções/questões deste formulário e fornecer o

---

<sup>1</sup> O termo "Profissional de Saúde Autorizado" significa qualquer profissional de saúde, incluindo médicos, cirurgiões, enfermeiro(as), parteiras, técnicos de enfermagem, assistentes médicos, psiquiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentistas e farmacêuticos, devidamente licenciado ou legalmente autorizado a exercer a profissão nos Países Membros Participantes, em que o Paciente reside ou recebeu a Vacina, ou, no caso de malformações congénitas, em que a mãe do Paciente reside ou recebeu a Vacina.

máximo possível de pormenores e informações. O Requerente não deve preencher este Formulário de Comprovativos de Apoio pessoalmente.

5. **Anexos a este Formulário:** Poderá responder às questões deste formulário de Comprovativos de Apoio mencionando documentos fornecidos com este formulário. A informação contida nos documentos fornecidos com este formulário não necessita de ser repetida nas respostas dadas no próprio formulário.
6. **Nome, Assinatura e Data Exigidos:** Cada um dos Profissionais de Saúde Autorizados que preencha este formulário de Comprovativos de Apoio deve assinar, datar e inserir o seu nome completo na Secção 2 deste formulário.
7. **Línguas Aceites:** O Formulário de Comprovativos de Apoio deve ser preenchido e entregue em inglês no início do Programa e, subsequentemente, em francês ou português. Caso este formulário seja preenchido em qualquer outra língua, não será aceite ou considerado. Contudo, quaisquer documentos necessários ao abrigo deste Formulário de Comprovativos de Apoio podem ser apresentados numa outra língua, caso não estejam disponíveis em inglês no início do Programa, e subsequentemente em francês, português ou árabe.
8. **Se os Profissionais de Saúde Autorizados não:** (a) preencherem todas as secções/questões deste formulário de Comprovativos de Apoio ou (b) assinarem, datarem e inserirem o respetivo nome completo neste formulário, o Requerimento do Requerente será rejeitado ou sofrerá atrasos no seu processamento.
9. **Prazo de Entrega:** Uma vez que este Formulário de Comprovativos de Apoio tenha sido devidamente preenchido, assinado e datado pelo(s) Profissional(ais) de Saúde Autorizado(s), o Requerente deve entregar este Formulário de Comprovativos de Apoio, juntamente com o formulário de Requerimento e os outros documentos exigidos na Secção 8 do Formulário de Requerimento, ao Administrador do Programa antes do fim do Período de Reporte aplicável (conforme indicado no Plano 1 do Protocolo do Programa). Se o Requerente entregar este Formulário de Comprovativos de Apoio depois do fim do Período de Reporte aplicável, então este Formulário de Comprovativos de Apoio e o Requerimento a que diz respeito não podem ser aceites ou considerados.
10. **Como Apresentar este Formulário:** Uma vez que este formulário tenha sido devidamente preenchido, assinado e datado pelo(s) Profissional(ais) de Saúde Autorizado(s), o Requerente deve entregar este Formulário de Comprovativos de Apoio, juntamente com o Formulário de Requerimento e os outros documentos exigidos na Secção 8 do Formulário de Requerimento, 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 1 (Informação de Contato dos Centros Regionais), anexo a este Formulário de Comprovativos de Apoio, e também disponíveis no portal *web* do Programa em [www.avatclaims.com](http://www.avatclaims.com).

11. **Definições:** Termos em letra maiúscula usados, mas não definidos neste Requerimento, têm o significado que lhes é atribuído no Protocolo do Programa, disponível em [www.avatclaims.com](http://www.avatclaims.com).

## FORMULÁRIO DE COMPROVATIVOS DE APOIO

**AVISO IMPORTANTE PARA O PREENCHIMENTO DESTE FORMULÁRIO:** Poderá responder às questões deste Formulário de Comprovativos de Apoio mencionando documentos fornecidos com este formulário. A informação contida nos documentos fornecidos com este formulário não necessita de ser repetida nas respostas dadas no próprio formulário.

### 1. RELATÓRIO DO(S) PROFISSIONAL(AIS) DE SAÚDE AUTORIZADO(S)<sup>2</sup>

<b>A. INFORMAÇÕES RELATIVAS AO PACIENTE<sup>3</sup></b>	
Nome completo do Paciente, incluindo quaisquer nomes do meio	
Endereço postal do Paciente (incluindo cidade, código postal e país)	
Data de nascimento do Paciente (dia/mês/ano)	
Sexo do Paciente	
<b>B. INFORMAÇÕES RELATIVAS AO(S) PROFISSIONAL(AIS) DE SAÚDE AUTORIZADO(S) QUE PREENCHE(M) ESTE FORMULÁRIO</b>	
1. Nome completo, incluindo quaisquer nomes do meio, do(s) Profissional(ais) de Saúde Autorizado(s) que preenche(m) este formulário de Comprovativos de Apoio.	

<sup>2</sup> O termo "**Profissional de Saúde Autorizado**" significa qualquer profissional de saúde, incluindo médicos, cirurgiões, enfermeiro(as), parteiras, técnicos de enfermagem, assistentes médicos, psiquiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentistas e farmacêuticos, devidamente licenciado ou legalmente autorizado a exercer a profissão nos Países Membros Participantes, em que o Paciente reside e recebeu a Vacina, ou, no caso de malformações congénitas, em que a mãe do Paciente reside e recebeu a Vacina.

<sup>3</sup> O termo "**Paciente**" significa um indivíduo de um Estado Membro Participante: (i) a quem tenha sido administrada uma Vacina (ver Plano 1 do Protocolo do Programa) e (ii) que reivindica ou em relação a quem se afirma ter sofrido uma Lesão associada a esta Vacina ou à sua administração. Lesão significa uma lesão ou doença corporal graves sofridas por um Paciente que:

- (i) exijam a Hospitalização ou prolonguem uma Hospitalização em curso; e
- (ii) resultem em Incapacidade permanente total ou parcial; ou
- (iii) sejam uma lesão ou doença congénita num feto ou recém-nascido de uma mulher que tenha recebido uma Vacina e que resulte numa Incapacidade permanente total ou parcial; ou
- (iv) resultem em morte.

2. Nome do hospital, clínica ou outro local de trabalho do(s) Profissional(ais) de Saúde Autorizado(s) que preenche(m) este formulário, incluindo: (A) Endereço(s) postal(ais), (B) Endereço(s) de *e-mail* e (C) Número(s) de telefone.
3. Tipo de registo do(s) Profissional(ais) de Saúde Autorizado(s) que preenche(m) este formulário, juntamente com o(s) número(s) de registo ou outros meios de identificação do(s) registo(s). Por exemplo, caso seja um enfermeiro licenciado pelo Estado, queira declarar “enfermeiro” e fornecer o seu número de registo.

#### **C. DADOS DA VACINA ADMINISTRADA AO PACIENTE**

1. Dados da Vacina administrada ao Paciente (ou, no caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente), incluindo as seguintes informações da Vacina: (A) nome, (B) dose, (C) lote ou números de lote e (D) data de caducidade.
2. Se os souber, dados do diluente (caso usado) na Vacina administrada ao Paciente (ou, no caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente), incluindo as seguintes informações do diluente: (A) nome, (B) dose, (C) lote ou números de lote e (D) data de caducidade.
3. Data(s) e local(ais), em que a Vacina foi administrada ao Paciente (ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente). Queira declarar a(s) data(s) no formato dia/mês/ano.

#### **D. INFORMAÇÕES RELATIVAS À LESÃO OU DOENÇA SOFRIDA PELO PACIENTE APÓS A VACINA LHE TER SIDO ADMINISTRADA.**

**NOTA IMPORTANTE: SE UM PACIENTE TIVER FALECIDO, QUEIRA PREENCHER ESTA SECÇÃO D, NA MEDIDA APLICÁVEL, ALÉM DA SECÇÃO E.**

1. Descreva a lesão ou doença sofrida pelo Paciente após a Vacina ter sido administrada ao Paciente (ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente). Queira incluir:
  - (A) detalhes de todos os exames e testes ao Paciente relacionados com tal lesão ou doença; e
  - (B) se aplicável, detalhes de qualquer lesão ou doença congénita de nascença.

2. Relativamente aos sintomas, queira descrever o seguinte:

- (A) todos os sintomas apresentados pelo Paciente após a Vacina ter sido administrada ao Paciente (ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente);
- (B) as datas (dia/mês/ano) em que os sintomas foram registados pela primeira vez; e
- (C) para cada sintoma, a gravidade de tal sintoma; e
- (D) os detalhes de quaisquer sequelas.

Em particular, queira mencionar:

- qualquer reação local grave sofrida pelo Paciente após a administração da Vacina (e se tal reação foi extensível além da articulação mais próxima); e
- quaisquer convulsões (com ou sem febre), abscesso, septicemia, encefalopatia, síndrome de choque tóxico, trombocitopenia, anafilaxia, febre (acima de 38 graus centígrados).

3. O Paciente necessitou de qualquer tratamento para a lesão ou doença sofrida pelo Paciente após a Vacina Ihe ter sido administrada (ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente)?

**Se sim**, queira descrever que tratamento foi fornecido ao Paciente para a lesão/doença sofrida pelo Paciente após a Vacina Ihe ter sido administrada (ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente).

4. Descreva em que medida o Paciente recuperou ou não (conforme aplicável) da lesão ou doença sofrida pelo Paciente após a Vacina Ihe ter sido administrada (ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente).

5. Na sua opinião, qual foi a causa da lesão ou doença sofrida pelo Paciente?

6. Se os souber, forneça a data (dia/mês/ano) e local em que a lesão ou doença sofrida pelo Paciente foi registada pela primeira vez junto de um Profissional de Saúde Autorizado ou do sistema de saúde.
7. Descreva a extensão de qualquer incapacidade permanente do Paciente e o prognóstico para o Paciente, resultante de tal incapacidade.
8. Qual é o impacto funcional para o Paciente devido à lesão ou doença sofrida pelo Paciente após a Vacina Ihe ter sido administrada (ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente)?
9. Descreva qualquer hospitalização, ou prolongamento de hospitalização em curso, do Paciente por mais de 24 horas consecutivas, relacionada com a lesão ou doença sofrida pelo Paciente após a Vacina Ihe ter sido administrada (ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente), incluindo:
  - (A) Data (dia/mês/ano) em que o Paciente foi internado no hospital ou em que a hospitalização em curso do Paciente foi prolongada;
  - (B) Data (dia/mês/ano) em que o Paciente recebeu alta do hospital; e
  - (C) Tipo de cuidados/tratamento fornecido ao Paciente durante a hospitalização inicial para a lesão ou doença sofrida pelo Paciente após a Vacina Ihe ter sido administrada (ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente); e
  - (D) Se aplicável, tipo de cuidados/tratamento fornecido ao Paciente durante o prolongamento da hospitalização, caso exista, para a lesão ou doença sofrida pelo Paciente após a Vacina Ihe ter sido administrada (ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente).
10. Detalhes de outra medicação/vacinação, na medida em que sejam conhecidos:
  - (A) Detalhes de quaisquer medicamentos tomados pelo Paciente e/ou quaisquer outras vacinas administradas ao Paciente após a Vacina ter sido administrada ao Paciente e/ou durante o período de 6 semanas antes de tal administração, incluindo:

- nome de cada medicamento/vacina;
- dose
- período de toma/administração (declarado como dia/mês/ano)

(B) No caso de malformações congénitas, detalhes de quaisquer medicamentos tomados pela mãe do Paciente e/ou quaisquer outras vacinas administradas à mãe do Paciente durante a gravidez e/ou 6 semanas antes do início da gravidez, incluindo:

- nome de cada medicamento/vacina;
- dose;
- período de toma/administração (declarado como dia/mês/ano)

11. Detalhes de medicação prévia de longo prazo, na medida em que sejam conhecidos. Detalhes de quaisquer medicamentos não descritos acima que tenham sido tomados pelo Paciente durante um período consecutivo de mais de 3 semanas, durante os 24 meses antes de a Vacina ter sido administrada ao Paciente, incluindo:

- nome de cada medicamento:
- dose
- período de toma (declarado como dia/mês/ano)

12. Detalhes de quaisquer condições médicas pré-existentes do Paciente ou, em caso de malformações congénitas, da mãe do Paciente (i.e., condições médicas existentes antes do período em que a Vacina foi administrada ao Paciente ou, no caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente)

13. O Paciente sofreu qualquer lesão ou doença semelhante anteriormente? Se sim, queira descrever a lesão ou doença semelhante anterior.

14. No caso de malformações congénitas, a mãe do Paciente teve outro filho nascituro ou recém-nascido com uma lesão ou doença congénita? Se sim, queira fornecer detalhes.

15. Na sua opinião, é possível que a lesão ou doença sofrida pelo Paciente após a vacina ter sido administrada ao Paciente (ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente) tenha sido causada ou resultado de qualquer lesão ou doença anterior do Paciente (ou, no caso de malformações congénitas, da mãe do Paciente)?

Se sim, queira fornecer detalhes.

16. Na medida em que seja conhecido, houve algum familiar próximo do Paciente, como um irmão(ã), pai/mãe, filho(a), tia, tio ou primo em 1.º grau que tenha sofrido qualquer lesão ou doença semelhante anteriormente?

Se sim, queira indicar que familiar próximo e descrever a lesão ou doença semelhante.

17. Viu alguma lesão ou doença semelhante à sofrida pelo Paciente em outros pacientes que tenham recebido (ou, no caso de malformações congénitas, cuja mãe tenha recebido) a mesma Vacina?

#### E. SE O PACIENTE TIVER FALECIDO, INFORMAÇÕES RELATIVAS À MORTE DO PACIENTE:

1. Se o Paciente tiver falecido depois de a Vacina lhe ter sido administrada, então queira:
  - a. Declarar a data da morte do Paciente (dia/mês/ano) e todas as causas de morte declaradas na certidão de óbito do Paciente; e
  - b. Incluir os dados de qualquer autópsia realizada ao Paciente.
2. Em conformidade com a Secção G abaixo, queira fornecer uma cópia da certidão de óbito do Paciente e qualquer outra documentação disponível relativa à causa e modo do óbito do Paciente.
3. Na sua opinião, quais é/são a(s) causa(s) da morte do Paciente?
4. Viu alguma morte semelhante à sofrida pelo Paciente noutros pacientes que tenham recebido a mesma Vacina que este Paciente? Se sim, queira fornecer detalhes.

#### F. OUTRAS INFORMAÇÕES:

Queira fornecer quaisquer outras informações que considere relevantes para o pedido de indenização do Paciente ao abrigo do Programa

#### G. DOCUMENTAÇÃO A SER FORNECIDA COM ESTE FORMULÁRIO

1. Queira fornecer documentação que confirme que a Vacina foi administrada ao Paciente (ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente), por exemplo, uma cópia do cartão ou certificado de vacinas, uma cópia do registo do ponto de imunização documentando a administração da Vacina, ou uma cópia do formulário nacional de investigação de reações adversas na sequência da imunização, preenchido
2. Queira anexar uma cópia de toda a documentação médica disponível e registos relacionados com a lesão ou doença sofrida pelo Paciente após a administração da Vacina, incluindo a ficha do caso, notas do caso, resumo de alta, relatórios de laboratório, relatório de autópsia e das prescrições de medicação concomitante e/ou de longo prazo, conforme mencionado acima, etc.
3. Se disponível, queira anexar também uma cópia do formulário de investigação da reação adversa na sequência da imunização (“**AEFI**”), da avaliação de causalidade do comité AEFI e documentação relacionada.<sup>4</sup>

Caso haja qualquer conflito ou inconsistência entre a versão em língua inglesa deste Formulário de Comprovativos de Apoio e quaisquer traduções, a versão em língua inglesa controlará e prevalecerá em todos os aspetos.

#### 2. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO(S) PROFISSIONAL(AIS) DE SAÚDE AUTORIZADO(S)

Ao assinar abaixo, eu/nós certifico(amos) que:

- antes de este Formulário de Comprovativos de Apoio ter sido preenchido, foi observado um período de espera de 30 dias, desde que

<sup>4</sup> As investigações AEFI e avaliações de causalidade podem ser levadas a cabo por um Ministério da Saúde, o seu programa nacional de imunização ou comités associados, podendo os documentos relacionados com tais investigações e avaliações ser disponibilizados por esses grupos.

a Vacina foi administrada ao Paciente (ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente); e

- as declarações e respostas contidas neste Formulário de Comprovativos de Apoio são verdadeiras e corretas tanto quanto é do meu/nosso conhecimento e crença.

Eu/nós compreendo(emos) que, no caso de estas declarações ou respostas não serem verdadeiras, o Administrador terá o direito, quando aplicável, de remeter a questão para a autoridade competente de aplicação da lei, para investigação adicional.

Nome completo do Profissional de Saúde

Autorizado: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

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

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

Nome completo do Profissional de Saúde

Autorizado: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

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

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

**[FIM DO FORMULÁRIO DE COMPROVATIVOS DE APOIO]**