

**PLANO 2 PARA
PROTOCOLO PARA MECANISMO DE INDEMNIZAÇÃO INDEPENDENTEMENTE DA
RESPONSABILIDADE**

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

INSTRUÇÕES / AVISOS IMPORTANTES AOS REQUERENTES:

1. **Quando usar este Formulário:** Este Formulário de Requerimento deve ser usado para requerer uma indemnização ao abrigo do Programa, no caso de considerar que sofreu (enquanto Paciente), ou o Paciente que está devidamente autorizado a representar sofreu uma Lesão após a administração de uma Vacina. Antes de preencher e entregar um Requerimento, queira ler com atenção o Protocolo do Programa e as instruções “Como Apresentar um Requerimento”, disponíveis no *website* do Programa, em www.avatclaims.com. Se tiver dúvidas acerca do Programa, este Formulário de Requerimento ou outros formulários do Programa, queira contactar o Administrador do Programa, através do *e-mail* avatclaims@esis.com.
2. **Entrega com os Comprovativos de Apoio necessários:** Deve entregar este Requerimento juntamente com os Comprovativos de Apoio exigidos no Plano 3 do Protocolo do Programa.
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 do Programa. Neste contexto, não preencha nem apresente um Requerimento nem obtenha Comprovativos de Apoio, tal como exigido no Plano 3 do Protocolo, 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. **Línguas Aceites:** O Formulário de Requerimento deve ser preenchido e entregue apenas em inglês, francês ou português. Caso este Requerimento seja preenchido ou entregue em qualquer outra língua, não poderá ser aceite ou considerado. Contudo, quaisquer documentos necessários ao abrigo da Secção

8 deste Requerimento podem ser apresentados numa outra língua, caso não estejam disponíveis em inglês, francês, português ou árabe.

5. **O Requerente ao Preencher este Requerimento:** Deverá preencher todas as secções/questões ao abrigo deste Requerimento. Deverá fornecer o máximo possível de pormenores e informações.
6. **Nome, Assinatura e Data Exigidos:** Deverá inserir o seu nome completo, assinar e datar nos espaços previstos na Secção 14 deste Requerimento. O (i) não preencher todas as secções deste Formulário de Requerimento ou (ii) não assinar, datar e inserir o seu nome completo nos espaços previstos na Secção 14 deste Requerimento levará à rejeição deste Requerimento ou a atrasos no seu processamento.
7. **Prazo de Entrega:** Queira entregar ao Administrador do Programa este Requerimento (juntamente com todos os documentos mencionados na Secção 8 deste Requerimento) e todos os Comprobativos de Apoio exigidos no Plano 3 do Protocolo antes do fim do Período de Reporte aplicável (conforme indicado no Plano 1 do Protocolo do Programa). Se este Requerimento for submetido após o fim do Período de Reporte aplicável, o Requerimento pode não ser aceite ou considerado ao abrigo do Programa.
8. **Como Apresentar este Requerimento:** Depois de devidamente preenchido, assinado e datado, deve apresentar ao Administrador do Programa o presente Requerimento (juntamente com os documentos mencionados na Secção 8 deste Requerimento) e todos os Comprobativos de Apoio exigidos no Plano 3 do Protocolo, por qualquer um dos seguintes meios:
 - Carregando-os para o portal *web* do Programa, disponível em www.avatclaims.com;
 - Enviando-os por correio eletrónico para 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 Contacto dos Centros Regionais), anexo a este Formulário de Requerimento, e também disponíveis no portal *web* do Programa em www.avatclaims.com.
9. **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.

[Formulário de Requerimento continua na página seguinte]

1. Dados do Paciente.

Queira facultar as seguintes informações relativas ao Paciente (i.e., o residente, cidadão ou pessoa integrada na população de um Estado Membro Participante, ou em relação a quem se afirma ter sofrido uma Reação Adversa Grave que está associada a uma Vacina ou à sua administração, e que, por sua vez, resultou numa Lesão).

Nome completo do Paciente, incluindo quaisquer nomes do meio	
Endereço postal (incluindo cidade, código postal e país)	
País de cidadania	
País de residência	
Data de nascimento (dia/mês/ano)	
Naturalidade	
Sexo	
Número de beneficiário nacional (ou outro número de segurança social ou número de identificação semelhante), caso exista	
Telefone da residência, caso exista	
Telemóvel, caso exista	
Número de WhatsApp, caso exista	
Endereço de <i>e-mail</i> , caso exista	

2. Dados da pessoa com poder legal para entregar este Requerimento pelo Paciente

Se entregar este Requerimento diretamente em seu nome, então é o Paciente e não necessita de preencher esta Secção 2.

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

Nos casos supra, queira preencher abaixo os dados da pessoa com poder legal para entregar este Requerimento pelo Paciente, bem como a natureza desse poder e informações da relação dessa pessoa com o Paciente.

Nome completo, incluindo quaisquer nomes do meio da pessoa que entrega o Requerimento pelo Paciente	
Endereço postal (incluindo cidade, código postal e país)	
Data de nascimento (dia/mês/ano)	
Naturalidade	
Número de beneficiário nacional (ou outro número de segurança social ou número de identificação semelhante), caso exista	
Telefone da residência, caso exista	
Telemóvel, caso exista	
Endereço de <i>e-mail</i> , caso exista	

Relação com o Paciente	
Natureza da autoridade da pessoa para apresentar este Requerimento pelo Paciente	
Caso o Paciente tenha falecido, declare a natureza do direito da pessoa para apresentar este Requerimento pelo Paciente falecido e para representar todos os herdeiros legais	

3. Confirmações pelo Requerente

O **Requerente** (i.e., o Paciente que entrega diretamente por si próprio este Requerimento ou a pessoa que entrega este Requerimento pelo Paciente, nos casos estabelecidos na Secção 2 deste formulário de Requerimento, se aplicável) deverá responder a todas as perguntas seguintes e, se necessário, fornecer pormenores relevantes:

A. O Paciente esperou um mínimo de 30 dias após a Vacina que resultou na Lesão ter sido administrada, antes de ter preenchido este Requerimento e obtido os Comprovativos de Apoio mencionados na Secção 8 deste Requerimento?

NOTA: 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.

Sim _____ Não _____ (assinalar apenas uma resposta)

Se “não”, queira fornecer pormenores:

B. Foi feito um requerimento prévio para indemnização ao abrigo do Programa pela Lesão a que este Requerimento diz respeito?

Sim _____ Não _____ (assinalar apenas uma resposta)

Se “sim”, queira fornecer pormenores:

Foi efetuado qualquer outro pagamento anterior de qualquer outra fonte, incluindo, mas não se limitando a, decisões judiciais, liquidações e pagamentos de seguros, como indemnização pela Lesão a que este Requerimento diz respeito?

Sim _____ Não _____ (assinalar apenas uma resposta)

Se “sim”, queira fornecer pormenores:

C. O Requerente é elegível para receber indemnização de qualquer outra fonte pela Lesão a que este Requerimento diz respeito?

Sim _____ Não _____ (assinalar apenas uma resposta)

Se “sim”, queira fornecer pormenores sobre a natureza e extensão da elegibilidade do Requerente para receber indemnização de outra fonte pela Lesão:

D. Existem ações judiciais ou pedidos de indemnização pendentes pela Lesão a que este Requerimento diz respeito?

Sim _____ Não _____ (assinalar apenas uma resposta)

Se “sim”, queira fornecer pormenores:

4. Dados da Vacina administrada ao Paciente:

O Paciente (ou, no caso de malformações congénitas, a mãe do Paciente) recebeu uma Vacina que esteja referida no <u>Plano 1</u> do Protocolo? ¹	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

¹ Queira consultar a lista de Vacinas referidas no Plano 1 do Protocolo, disponível no portal *web* do Programa, em www.avatclaims.com

A Vacina foi administrada ao Paciente através do Quadro AVAT?	
Qual é o nome da Vacina?	
Número de lote da Vacina, tal como fornecido pelo imunizante (pessoa ou entidade/organização) que administrou a Vacina ao Paciente ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente	
Nome do imunizante (pessoa ou entidade/organização) que administrou a Vacina ao Paciente ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente	
Local/endereço exato onde a Vacina foi administrada ao Paciente ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente	
Data (Dia/Mês/Ano) em que a Vacina foi administrada ao Paciente ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente	

5. Dados de outra medicação/vacinação, na medida em que sejam conhecidos:

(a) Queira referir quaisquer medicamentos tomados pelo Paciente e/ou quaisquer outras vacinas administradas ao Paciente após a administração da Vacina ao Paciente e/ou durante o período de 6 semanas antes de tal administração:	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

- (b) No caso de malformações congénitas, queira referir os 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:

6. Dados de medicação anterior no longo prazo, na medida em que sejam conhecidos:

Queira referir quaisquer medicamentos não descritos acima tomados pelo Paciente durante um período consecutivo de mais de 3 semanas, durante os 24 meses antes da Vacina ter sido administrada ao Paciente:

7. Descreva o que aconteceu após a Vacina ter sido administrada ao Paciente ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente. Queira descrever da forma mais completa e exata possível.

[Espaço para resposta no verso]

No espaço previsto abaixo, descreva, por palavras suas, o que aconteceu após a Vacina ter sido administrada ao Paciente ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente. Queira declarar:

- (i) a natureza da lesão ou doença sofrida pelo Paciente à qual este Requerimento diz respeito;
- (ii) a(s) data(s) em que os sintomas se manifestaram pela primeira vez;
- (iii) uma descrição dos sintomas;
- (iv) o que acredita ter sido a causa da lesão ou doença sofrida pelo Paciente à qual este Requerimento diz respeito;
- (v) se o Paciente alguma vez teve a mesma lesão ou doença anteriormente (ou, no caso de malformações congénitas, se a mãe do Paciente teve outro filho nascituro ou recém-nascido com uma lesão ou doença congénita) e, se sim, fornecer mais explicações, incluindo datas; e
- (vi) se sabe de 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 e, se sim, queira indicar que familiar próximo e descrever a lesão ou doença semelhante.

8. Documentos adicionais exigidos juntamente com a entrega deste Requerimento

Os seguintes documentos devem ser entregues pelo Requerente juntamente com o formulário de Requerimento, a fim de este Requerimento ser considerado completo. É de salientar que a não entrega ou atraso na entrega de TODOS os documentos seguintes pode levar à rejeição deste Requerimento e/ou atrasos na análise deste Requerimento:

- a. O Formulário de Comprovativos de Apoio devidamente preenchido e assinado, anexo como Plano 3 do Protocolo do Programa. O Formulário de Comprovativos de Apoio deve ser preenchido e assinado por um ou mais Profissionais de Saúde Autorizados².
- b. Faturas, recibos e outras provas de pagamento de quaisquer despesas médicas (incluindo despesas hospitalares) necessárias em consequência da lesão ou doença sofrida pelo Paciente relativamente à qual este Requerimento é efetuado.
- c. Se o Paciente: (1) tiver falecido, ou (2) estiver incapacitado na medida em que o Paciente não possa entregar por si próprio este Requerimento, ou (3) for uma criança, ou (4) não possua capacidade legal, por qualquer outro motivo, para entregar este Requerimento, então a pessoa que entregar este Requerimento pelo Paciente nos termos da Secção 2 deste formulário de Requerimento deve apresentar também uma procuração e/ou declaração devidamente autenticada em notário ou outro funcionário público legalmente autorizado a prestar serviços de autenticação notarial ou legalização no território em que a Vacina foi

² 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.

administrada ao Paciente ou, no caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente, confirmando que:

- i. a pessoa que entrega o Requerimento pelo Paciente é o pai/mãe, guardião, herdeiro ou representante legalmente reconhecidos, conforme o caso, do Paciente; e
- ii. caso o Paciente tenha falecido, a pessoa que entrega este Requerimento em nome do Paciente: (A) é o representante devidamente autorizado e legalmente reconhecido de todos os herdeiros legais do Paciente, conforme referido na procuração ou declaração; e (B) tem todos os necessários direitos, poderes e autoridade para representar, agir e vincular todos esses herdeiros legais; e (C) não existem outros herdeiros legais do Paciente, além dos herdeiros legais referidos na procuração ou declaração.

9. Dados de contacto de hospitais, Profissionais de Saúde Registados e outros que possam fornecer informação adicional relativa à lesão ou doença sofrida pelo Paciente

No espaço previsto abaixo, queira fornecer os nomes e dados de contacto (por exemplo, endereço, número de telefone ou de telemóvel, endereço de *e-mail*) de quaisquer terceiros que o Requerente aceite que sejam contactados para mais informações relativas à lesão ou doença sofrida pelo Paciente relativamente à qual este Requerimento é efetuado. A título de exemplo, tais terceiros podem incluir quaisquer hospitais de assistência ou clínicas médicas, quaisquer Profissionais de Saúde Autorizados que tenham administrado a Vacina ao Paciente ou, em caso de malformações congénitas, à mãe do Paciente ou que, de outra forma, tenham tratado o Paciente, o empregador ou escola do Paciente, etc.

10. Consentimento para a partilha de informação médica e renúncia ao sigilo médico e/ou profissional

Ao assinar no espaço previsto na Secção 14 deste Requerimento, o Requerente, pelo presente:

- a. consente que o Administrador, o Vice-Presidente Sénior da Consultoria de Risco do Administrador, os membros do Painel de Revisão, os membros do Painel de Recursos e/ou quaisquer outras pessoas que representem e/ou aconselhem qualquer um destes tenham acesso e examinem os registos médicos ou outros relevantes do Paciente relativos a este Requerimento, a fim de determinar se é devido o pagamento de uma indemnização ao abrigo do Programa; e
- b. concorda que o Administrador, o Vice-Presidente Sénior da Consultoria de Risco do Administrador, os membros do Painel de Revisão, os membros do Painel de Recursos e/ou quaisquer outras pessoas que representem e/ou aconselhem qualquer um destes possam pedir a qualquer das pessoas e/ou organizações mencionadas neste Requerimento e/ou quaisquer documentos anexos a este Requerimento (incluindo, sem limitação, no Formulário de Comprovativos de Apoio) qualquer informação necessária para processar e avaliar o Requerimento ou quaisquer recursos subsequentes; e
- c. renuncia a qualquer sigilo médico e/ou profissional aplicável a todas as pessoas e organizações supramencionadas, ao abrigo da Lei Aplicável.

11. Processamento de Dados Pessoais – consentimento

Ao assinar no espaço previsto na Secção 14 deste Requerimento, o Requerente, pelo presente: (i) consente em todo o processamento necessário dos Dados Pessoais do Paciente (incluindo Dados Pessoais sensíveis, tais como dados médicos), para a administração do Programa, conforme detalhado na Política de Privacidade da ESIS, Inc. para o Programa do AVAT de Indemnização Independentemente da Responsabilidade (e, no caso de malformações congénitas, reconhece que foram envidados todos os esforços razoáveis para assegurar que a mãe do Paciente tenha dado consentimento para tal processamento e o compreenda, incluindo, quando possível, através da leitura da Política de Privacidade); e (ii) consente no facto de que quaisquer desses Dados Pessoais, bem como qualquer outra informação e documentação contida ou referida ou, de outra forma, fornecida relativamente a este Requerimento e/ou quaisquer recursos subsequentes ou outros processos decorrentes ou relativos a este Requerimento (incluindo, sem limitação, no formulário de Comprovativos de Apoio) possam ser partilhados com:

- a. os membros do Painel de Revisão, os membros do Painel de Recursos e/ou quaisquer outras pessoas que representem e/ou aconselhem qualquer um daqueles;

- b. quaisquer serviços de saúde locais e/ou qualquer serviço de aplicação da lei ou outras agências governamentais, quaisquer organizações intergovernamentais e quaisquer instituições internacionais, conforme seja ocasionalmente exigido, para fins de aplicação da lei, detecção de atividades criminosas, traçar perfis de risco das vacinas ou, na medida em que a lei o permita, qualquer outra atividade razoavelmente proporcional que possa ser ocasionalmente necessária relativamente ao Requerimento ou quaisquer recursos ou outros processos decorrentes do mesmo ou com ele relacionados; ou
- c. na medida do permitido por lei, com qualquer outro terceiro previsto na Política de Privacidade da ESIS, Inc. para o Programa do AVAT de Indemnização Independentemente da Responsabilidade ou exigido pela Lei Aplicável.

O Requerente compreende que tal consentimento pode ser retirado a qualquer momento, mas que, ao fazê-lo poderá não ser possível continuar a processar o Requerimento ao abrigo do Programa. O Requerente também compreende que, na medida do permitido ou exigido pela Lei Aplicável, tais Dados Pessoais podem ser processados com base em certos fundamentos jurídicos que não o consentimento, no caso de o consentimento não ser adequado, conforme estabelecido na íntegra na Política de Privacidade da ESIS, Inc. para o Programa do AVAT de Indemnização Independentemente da Responsabilidade.

12. Reconhecimentos do Requerente

Ao assinar no espaço previsto na Secção 14 deste Requerimento, o Requerente reconhece e acorda o seguinte:

- a. Leu e compreendeu na íntegra, ou pediu que lhe lessem e explicassem, os termos e condições do Protocolo do Programa e respetivos Planos, disponíveis em www.avatclaims.com. O presente Requerimento (em conjunto com quaisquer recursos subsequentes ou outro processo decorrente do mesmo ou com ele relacionado) ficará sujeito e tratado de acordo com os termos e condições do Protocolo do Programa e respetivos Planos;
- b. Enquanto durar o processo de avaliação deste Requerimento e quaisquer recursos subsequentes ou outros processos decorrentes do mesmo ou com ele relacionados, o Requerente (que inclui o Paciente e o indivíduo, caso exista, que entregar este Requerimento pelo Paciente) não deverá apresentar ou iniciar, ou levar a ou permitir que seja apresentado ou iniciado qualquer outro requerimento ou reclamação de indemnização ou danos contra qualquer outra pessoa, organização ou entidade legal, ao abrigo deste Programa ou de qualquer outro mecanismo, relativamente à lesão ou doença sofrida pelo Paciente e pela qual este Requerimento é efetuado. No caso de qualquer outro requerimento ou reclamação serem iniciados ou chegarem ao

conhecimento do Administrador, este Requerimento será automaticamente rejeitado, tendo o Administrador o direito de aplicar a Secção 10 do Protocolo do Programa.

- c. Caso seja acordado o pagamento ao abrigo do Programa de qualquer indemnização ao Requerente (que inclui o Paciente e o indivíduo, caso exista, que submeter este Requerimento pelo Paciente), tal pagamento apenas será feito se o Requerente cumprir atempadamente todas as seguintes condições, dentro do prazo aplicável, ao abrigo do Protocolo:
 - i. devolver ao Administrador por via postal um Acordo de Exoneração de Responsabilidade devidamente assinado, datado e certificado, que será fornecido pelo Administrador; e
 - ii. devolver ao Administrador por via postal um Formulário de Escolha de Pagamento devidamente preenchido, assinado e datado, que será fornecido pelo Administrador.
- d. Todas as queixas e litígios decorrentes ou relacionados com este Requerimento e/ou o Protocolo (incluindo, mas não se limitando a, interpretação ou aplicação dos mesmos) deverão ser apresentadas por escrito ao Administrador. O Administrador reconhecerá a queixa e/ou litígio por escrito e o Vice-Presidente do Administrador para as Queixas levará a cabo uma investigação da queixa ou litígio, no prazo de 30 dias após a receção. Na sequência da investigação, o Vice-Presidente para as Queixas fornecerá uma resposta escrita ao Requerente ou Queixoso, conforme o caso. Caso o Requerente ou Queixoso não fique satisfeito com a decisão, terá a opção de apresentar a questão à arbitragem vinculativa, conforme disposto abaixo.
- e. Qualquer litígio decorrente ou relacionado com este Requerimento e/ou o Protocolo (incluindo, mas não se limitando a, interpretação ou aplicação do mesmo) será resolvido por arbitragem, exceto se resolvido amigavelmente. A arbitragem deverá ser conduzida de acordo com as regras de arbitragem da Câmara Internacional de Comércio. As partes deverão aceitar a resolução arbitral como final e vinculativa para as mesmas.
- f. Caso haja qualquer conflito ou inconsistência entre a versão em língua inglesa deste formulário de Requerimento e quaisquer traduções, a versão em língua inglesa controlará e prevalecerá em todos os aspetos.

13. Declaração de Verdade e Correção

Ao assinar no espaço previsto na Secção 14 deste Requerimento, o Requerente, pelo presente: (i) certifica que as declarações, factos e respostas contidas neste Requerimento e/ou em quaisquer documentos entregues com este Requerimento são verdadeiros, completos e corretos, tanto quanto é do seu conhecimento e crença; e (ii) compreende e acorda que:

- (a) Se, de forma fraudulenta ou outra, qualquer pessoa³ falsificar ou deturpar qualquer informação material ou omitir qualquer facto material e, em consequência da falsificação, deturpação ou omissão, for efetuado um Pagamento, então a pessoa a quem o Pagamento foi efetuado será responsável pelo reembolso do montante desse Pagamento ao Administrador; e
- (b) Qualquer pessoa que, com o objetivo de obter qualquer Pagamento ao abrigo do Programa, seja para si próprio ou para alguma outra pessoa: (1) conscientemente faça qualquer declaração ou afirmação falsa ou (2) produza ou forneça, ou cause ou conscientemente permita que seja produzido ou fornecido qualquer documento ou informação que saiba ser falso num pormenor material, terá cometido uma infração punível na medida em que a lei o permita no país relevante.

14. Assinatura, Nome e Data

O **Requerente** (i.e., o Paciente ou o indivíduo que submeta este Requerimento pelo Paciente, conforme aplicável) assinou este Formulário de Requerimento a contar da data estabelecida abaixo:

Nome completo: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Local: _____

Anexos:

Anexo 1 – Informações de Contacto dos Centros Regionais do Programa (anexas)

³ Para os fins desta Secção 13, o termo “pessoa” inclui, mas não se limita a: (i) o Requerente ou o indivíduo que entregar o Requerimento em nome do Requerente; (ii) o autor de qualquer prova de apoio a este Requerimento, quaisquer Comprovativos de Apoio ou qualquer aviso de recurso ao abrigo deste Requerimento e/ou (iii) qualquer Funcionário de Notário que certifique o Acordo de Exoneração de Responsabilidade, caso exista.

Anexo 1

Informações de Contacto para os Centros Regionais do Programa

Na tabela abaixo, poderá encontrar o nome, morada e número de telefone direto (a pagamento) (*) do Centro Regional do Programa, onde pode:

- contactar o Administrador do Programa caso tenha dúvidas sobre o Programa ou se necessitar de ajuda no preenchimento ou envio de um Formulário de Requerimento ou de outros Formulários do Programa; e
- enviar ao Administrador do Programa (por correio registado): (1) o Formulário de Comprovativos de Apoio no Plano 3 deste Protocolo, e todos os outros documentos necessários nos termos destes formulários; (2) os outros formulários do Programa; e (3) quais quer outros documentos que sejam necessários ou permitidos nos termos dos formulários do Programa.

(*) Existe também uma Linha Telefónica Global para o Programa, através do número 00-1-404-905-8883. O número de telefone da Linha Telefónica Global pode ser gratuito ou a pagamento, dependendo do Estado Membro Participante a partir do qual está a telefonar. Deverá verificar se se aplicam tarifas antes de ligar para a Linha Telefónica Global.

NOTA IMPORTANTE: cada Centro Regional listado abaixo apenas presta serviços aos Estados Membros Participantes que estão listados à direita desse Centro Regional. Certifique-se de que apenas contacta, e que apenas envia os formulários do Programa e outros documentos, ao Centro Regional correto - ou seja, o Centro Regional que presta serviços ao Estado Membro Participante *onde a Vacina Ihe foi administrada*, ou ao Paciente em cujo nome está a apresentar um Requerimento, conforme o caso.

Informação sobre o Centro de Contacto Regional	Participating Member States Serviced by the relevant Regional Centre			
<u>Africa do Sul</u> Crawford & Company PO Box 782023 Sandton 2146 South Africa +27 (0)11 463 5900	Angola Botsuana Burkina Faso Camarões Chade Costa do Marfim Etiópia Gâmbia Gana Guiné-Bissau	Libéria Lesotho Madagáscar Malawi Maurícias Mauritânia Moçambique Namíbia Nigéria	Quénia República do Burundi Ruanda República Centro-Africana República Democrática do Congo República do Congo República da Guiné	São Tomé e Príncipe Senegal Serra Leoa Sudão Togo Uganda Zâmbia Zimbábue
<u>México</u> Crawford & Company de México, S.A. DE C.V. Miguel Laurent No. 17 Piso, 601. Colonia Del Valle, Alcaldia Benito Juarez Ciudad De México C.P	Antígua e Barbuda Belize Guiana Jamaica República de Trinidad e Tobago			

Informação sobre o Centro de Contacto Regional	Participating Member States Serviced by the relevant Regional Centre
03200 México +52 55 5093 6467	
<u>Emirados Árabes Unidos</u> Crawford & Company P.O. Box 2976 Dubai United Arab Emirates +971 4 345 9541	Egito
<u>Bélgica</u> Jan Olielagerslaan 41 1800 Vivoorde Belgium +32 2 714 03 60	Benim Gabão Tunísia

[FINAL DO FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO]