**QUESTIONÁRIO DE RISCO RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL MÉDICOS**

Informações Cadastrais:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Proponente: |  | | |
| CPF: |  | Início das Atividades: |  |
| Endereço: |  | | |

Informações Para análise:

01) Qual o faturamento bruto anual do Segurado?

|  |  |
| --- | --- |
| Últimos 12 Meses: | R$ |
| Próximos 12 meses: | R$ |

02) Conforme faturamento, indique o percentual aproximado proveniente de:

|  |  |
| --- | --- |
| % | SUS |
| % | Particular |
| % | Convênios / Planos de Saúde |
| % | Outros – Especificar: |

03) Número de atendimentos realizados por ano:

|  |  |
| --- | --- |
| Especialidade | Número de procedimentos ano |
| Cirurgias gerais |  |
| Raio “X” |  |
| Cirurgia cardiovascular |  |
| Cirurgia neurológica |  |
| Hemodiálise |  |
| Obstetrícia |  |
| Transplantes |  |
| Serviços emergenciais |  |
| Cirurgia bariátrica |  |
| Cirurgia plástica |  |
| Cirurgia ortopédica |  |
| Cirurgia oftalmológica |  |
| Doenças infecciosas |  |
| Angioplastia |  |
| Transfusões |  |
| Anestesias |  |
| Cuidados intensivos para recém nascidos |  |
| Ouvidoria |  |
| Nutricionista |  |
| Apoio Psicológicos |  |
| Fisioterapia |  |
| Outros – Especificar |  |

04) Documentação:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |
| As prescrições do médico são digitadas e assinadas? |  |  |
| As prescrições do médico são escritas e assinadas? |  |  |
| Possui termo de consentimento informado? |  |  |
| Existe software especializado para a gestão de bancos de dados? |  |  |
| Os dados do paciente ficam arquivados em um único banco de dados? |  |  |
| Os dados do paciente ficam arquivados eletronicamente? |  |  |
| Os dados do paciente ficam arquivados em papel? |  |  |

05) Treinamentos

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |
| São realizados treinamentos para os profissionais? |  |  |
| São realizados programas educacionais visando o aprimoramento? |  |  |

Histórico de Sinistro:

06) Existe(m) reclamação(ões) contra o segurado por dano(s) causado(s) pela prestação de seus serviços, em andamento?

|  |
| --- |
|  |
|  |

07) O segurado já sofreu reclamação(ões) nos últimos 5 ANOS por dano(s) causado(s) pela prestação de seus serviços?

|  |
| --- |
|  |
|  |

08) O segurado tem conhecimento de qualquer ato ou fato que possa gerar reclamação(ões) por dano(s) causado(s) pela prestação de seus serviços?

|  |
| --- |
|  |
|  |

09) O Proponente tem ou teve apólice de seguro de Responsabilidade Civil Profissional em outra Seguradora?

|  |
| --- |
|  |
|  |

10) O proponente teve recusa de alguma proposta de seguro de Responsabilidade Civil Profissional em outra Seguradora?

|  |
| --- |
|  |
|  |

11) Limite de cobertura:

|  |  |
| --- | --- |
| Opção 01 | R$ |
| Opção 02 | R$ |
| Opção 03 | R$ |

*O objetivo deste questionário é analisar as atividades profissionais desenvolvidas pelo segurado. É importante preencher todos os campos pertinentes a sua empresa; caso contrário, registrar que o questionamento é "não aplicável" (N/A) à sua instituição. Qualquer campo em branco será interpretado como não aplicável. Ainda, fica facultado à Seguradora solicitar documentos e informações complementares caso seja necessário. O preenchimento completo propicia condições mais adequadas.*

*O Proponente abaixo-assinado declara que todas as informações constantes neste questionário são verdadeiras.*

*Este questionário será parte integrante da apólice, caso o seguro seja efetivado. O proponente reconhece que se as informações prestadas neste questionário, que serviram de base para a aceitação e definição dos custos e condições forem significativamente divergentes da realidade, o Segurado poderá sofrer as penalidades descritas nas condições gerais.*

*O Proponente deve notificar a Seguradora, o mais rápido possível, sobre qualquer alteração das informações contidas no questionário, ocorridas antes do início da vigência do seguro. Neste caso, a Seguradora poderá, a seu critério, modificar ou cancelar qualquer cotação anterior. A Seguradora está autorizada a fazer qualquer investigação ou pergunta relacionada ao risco, na medida em que julgue necessário.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Local e Data Nome e Cargo*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Assinatura*