**ODONTOLOGIA**

**Informações Cadastrais:**

|  |  |
| --- | --- |
| Proponente: |  |
| CNPJ: |  |
| Início das Atividades: |  |
| Endereço: |  |
| Web Site |  |

**Informações Para análise:**

1) Qual o faturamento bruto anual do Segurado?

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

2) Durante os últimos cinco anos foi alterada a sua denominação social?

Em caso positivo, informar detalhes.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sim** | **Não** |  |  |
|  |  |  |

3) Informar o tipo de serviço prestado pela Instituição:

|  |
| --- |
|  |
|  |

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

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

5) Informar abaixo todos os locais de risco que o proponente deseja obter cobertura do seguro:

|  |
| --- |
|  |
|  |

6) Informar o número de profissionais que prestam serviço:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Empregados** | **Terceirizados** |
| Dentistas: |  |  |
| Técnicos: |  |  |
| Outros: |  |  |
| TOTAL: |  |  |

7) Atividades prestadas pelo Segurado em %:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dentística | % | Endodontia | % |
| Implantologia | % | Uso de Preenchedores Faciais | % |
| Periodontia | % | Odontopediatria | % |
| Cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial | % | Radiologia | % |

8) As prescrições do dentista são escritas e assinadas pelo próprio?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  |  | Não |

9) A instituição possui termo de consentimento informado?  
Caso Positivo, enviar cópias.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  |  | Não |

10) Ordens de admissão e formulários correspondentes permitem a anotação de instruções para cuidados especiais?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  |  | Não |

11) Os dados do paciente ficam arquivados em um único banco de dados?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  |  | Não |

12) Os dados do paciente ficam arquivados em papel?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  |  | Não |

13) Qual o período que os documentos dos pacientes ficam arquivados?

|  |
| --- |
|  |

**Histórico de Sinistro:**

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

|  |
| --- |
|  |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |
|  |

17) Qualquer dono, executivo, sócio, empregado ou advogado, funcionários atuais ou antigos, foi(ram) sujeito(s) a reclamações ou ação disciplinar por qualquer autoridade fiscal de órgão oficial?

|  |
| --- |
|  |
|  |

18) O Proponente tem ou teve apólice de seguro de Responsabilidade Civil Profissional?

|  |
| --- |
|  |
|  |

19) O proponente teve recusa de alguma proposta de seguro de Responsabilidade Civil Profissional?

|  |
| --- |
|  |
|  |

20) 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* |