**VETERINÁRIO / CLÍNICA VETERINÁRIA / PETSHOP**

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

|  |  |
| --- | --- |
| % | Público |
| % | Privado |
| % | Fundação |

4) Informar o número de profissionais que prestam serviço:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Empregados** | **Terceirizados** |
| Veterinários |  |  |
| Residentes |  |  |
| Estagiários |  |  |
| TOTAL: |  |  |

5) Informar o tipo de serviço prestado pela Instituição:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Clínica Veterinária | % | Hotel | % |
| Hospital Veterinário | % | Pronto Socorro | % |
| Pet Shop | % | Centro de Diagnóstico | % |
| Creche | % | Laboratório | % |

6) Tipos de animais atendidos pelo proponente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Animais Selvagens | % | Equinos | % |
| Aves | % | PET’s(Cães, Gatos) | % |
| Bovinos | % | PET’s Exóticos (Répteis, anfíbios) | % |
| Crustáceo | % | Peixes | % |
| Suínos | % | Roedores | % |

7) Número de procedimentos realizados por ano de acordo com a especialidade:

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

8) Documentação:

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

9) Treinamentos:

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

10) O Proponente realiza atendimento 24 horas?

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

11) O Proponente presta o serviço de traslado de animais?

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

12) O Proponente realiza eventos para adoção de animais?

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

**Histórico de Sinistro:**

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

|  |
| --- |
|  |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |
|  |

16) 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?

|  |
| --- |
|  |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |
|  |

19) 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* |