

# QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCOS RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL HOSPITAIS, CLÍNICAS E LABORATÓRIOS



fator seguradora

TODOS OS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS

## Informações gerais:

Proponente: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Website: \_\_\_\_\_

Início das atividades: \_\_\_\_\_

## Informar o faturamento bruto (matriz + filiais):

Último exercício: \_\_\_\_\_ Estimado próximo exercício: \_\_\_\_\_

## Do valor acima, indique o percentual aproximado proveniente de:

Repasse do SUS: \_\_\_\_\_ Plano de saúde: \_\_\_\_\_

Particular: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

## Assinale o(s) tipo(s) de atividade(s) prestada(s) pelo proponente:

Ambulatório \_\_\_\_\_ Clínica Médica \_\_\_\_\_ Maternidade \_\_\_\_\_ Pronto-socorro \_\_\_\_\_ Hospital geral \_\_\_\_\_

Laboratório \_\_\_\_\_ Outros especificar \_\_\_\_\_

## Selecione o tipo de administração do proponente:

Empresa privada \_\_\_\_\_ Pública administrada pelo poder público \_\_\_\_\_ Pública administrada pela iniciativa privada \_\_\_\_\_

Associação ou fundação \_\_\_\_\_

## Informar o número de:

Médicos \_\_\_\_\_ Residentes \_\_\_\_\_ Enfermeiros \_\_\_\_\_ Técnicos em enfermagem \_\_\_\_\_ Auxiliares \_\_\_\_\_

Odontólogos \_\_\_\_\_ Técnicos em radiologia \_\_\_\_\_ Nutricionistas \_\_\_\_\_ Fisioterapeutas \_\_\_\_\_

Psicólogos \_\_\_\_\_ Assistentes Sociais \_\_\_\_\_

# QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCOS RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL HOSPITAIS, CLÍNICAS E LABORATÓRIOS



fator seguradora

## Número de procedimentos realizados por ano:

Consultas  | Cirurgias\*  | atendimentos emergenciais  | Partos normais  | Cesáreas

Exames laboratoriais  | Diagnósticos por imagem  | Transportes de pacientes

Radioterapia e quimioterapia

## \*Da quantidade de cirurgias informadas, relacionar o percentual de:

Bariátrica  | Ortopédica  | Bucomaxilofacial  | Cardiovascular  | Neurocirurgia

Transplante  | Plástica estética  | Plástica reparadora

## O proponente possui banco de sangue?

Sim  | Não

## Informar o número atual de leitos, de acordo com as seguintes categorias:

Regulares  | Maternidade  | Clínica/Dia  | UTI  | UTI neonatal  | UTI pediátrica

## Taxa de infecção hospitalar dos últimos 3 anos:

2020  | 2019  | 2018

## Quais certificações/acreditações o proponente possui?

ONA Nível  | ISO N.º

Joint Commission International

## Como são arquivadas as informações dos pacientes?

Arquivo físico  | Arquivo eletrônico  | Físico e eletrônico

Por quanto tempo o proponente mantém os arquivos?

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCOS**  
**RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL**  
**HOSPITAIS, CLÍNICAS E LABORATÓRIOS**



**fator** seguradora

**Reclamações**

O Proponente tem conhecimento de algum procedimento administrativo no Conselho Regional de Medicina contra si?

Sim  Não

**Caso a resposta seja positiva, preencher as informações abaixo:**

Objeto do procedimento administrativo: \_\_\_\_\_

Data do início do procedimento: \_\_\_\_\_

Houve aplicação de penalidade? Qual?

Status do procedimento administrativo: \_\_\_\_\_

O Proponente tem conhecimento de alguma reclamação por falha na prestação dos serviços profissionais contra si?

Sim  Não

**Caso a resposta seja positiva, preencher as informações abaixo:**

Data da suposta falha profissional: \_\_\_\_\_

Descrição da suposta falha profissional:

Valor reclamado: \_\_\_\_\_

Valor indenizado: \_\_\_\_\_

Custos de defesa: \_\_\_\_\_

Status da reclamação: \_\_\_\_\_

# QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCOS RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL HOSPITAIS, CLÍNICAS E LABORATÓRIOS



fator seguradora

O Proponente tem conhecimento de algum fato que possa gerar uma reclamação por falha na prestação dos serviços profissionais contra si?

Sim

Não

**Caso a resposta seja positiva, preencher as informações abaixo:**

Data da suposta falha profissional:

Descrição da suposta falha profissional:

Valor dos possíveis danos:

## Seguros

O proponente tem ou teve apólice de seguro de Responsabilidade Civil Profissional?

Sim

Não

**Caso a resposta seja positiva, preencher as informações abaixo:**

Seguradora:  Vigência:

Data retroativa:  Limite:

Franquia e POS:

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

Sim

Não

**Limites máximo de indenização solicitado:**

Opção 1	R\$	Opção 3	R\$
Opção 2	R\$		

# QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCOS RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL HOSPITAIS, CLÍNICAS E LABORATÓRIOS



fator seguradora

## Favor anexar os Seguintes documentos:

Relação de Filiais do Proponente (Razão Social, Endereço, CNPJ)

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. Em caso de não aceitação, a Seguradora se obriga em proceder com a comunicação formal.

O preenchimento e envio deste questionário à Seguradora não indica necessariamente a aceitação do risco.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br) por meio de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

O Proponente abaixo-assinado declara que todas as informações constantes do presente questionário são verdadeiras; e que possui poderes legais para assinar e representar a empresa neste documento.

O presente questionário não obriga o Proponente a contratar o seguro. Porém, fica acordado que, em caso de contratação, ele será a base do contrato, uma vez que é considerada parte integrante da apólice.

Fica entendido e acordado que o Proponente deve notificar a Seguradora sobre qualquer alteração das informações contidas nesse 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 pedido de esclarecimento relacionado a este questionário, na medida em que julgue necessário.

O questionário só é válido quando datado e assinado por representante legal do proponente e nestas condições, tem validade de 30 dias.

Nome e Cargo \_\_\_\_\_

Local e Data \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_