

Questionário de Avaliação de Riscos  
Responsabilidade Civil Profissional – Riscos Médicos  
Casa de Repouso, Clínica Odontológica e Farmácia

I - INFORMAÇÕES GERAIS

1. Proponente:

2. Endereço:

3. CNPJ:  4. Início das atividades:

5. Web site:

6. Informar o Faturamento bruto (matriz + filiais):

Último Exercício: R\$

Estimado próximo exercício: R\$

Do valor acima, indique o percentual aproximado proveniente de:

Repasse do SUS:	<input type="text"/>	%	Plano de Saúde:	<input type="text"/>	%
Particular:	<input type="text"/>	%	Outros:	<input type="text"/>	%

7. Assinale o(s) tipo(s) de atividade(s) prestada(s) pelo Proponente:

Casa de Repouso  Clínica Odontológica  Farmácia

Outros especificar:

8. Selecione o tipo de administração do Proponente:

Empresa Privada  Pública administrada pelo Poder Público  
 Associação ou Fundação  Pública administrada pela Iniciativa Privada

9. Informar o número total de funcionários:

Contratados  Terceirizados

10. Quais certificações/acreditações o Proponente possui?

ONA. Nível \_\_\_\_\_  ISO. N.º \_\_\_\_\_  Joint Commission International

## II - RECLAMAÇÕES

1. O Proponente tem conhecimento de algum **procedimento administrativo** contra si, sócios, diretores ou contra seus colaboradores?

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:

2. O Proponente tem conhecimento de alguma **Reclamação por falha na prestação dos serviços profissionais** contra si, sócios, diretores ou contra seus colaboradores?

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:

3. O Proponente tem conhecimento de algum fato que possa gerar uma **Reclamação por falha na prestação dos serviços profissionais** contra si, sócios, diretores ou contra seus colaboradores?

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:

### III - SEGUROS

1. 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:

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

Sim

Não

3. Informar o Limite de Garantia pretendido:

---

### IV – CASA DE REPOUSO

Caso o Proponente exerça a atividade de Casa de Repouso, favor preencher os itens abaixo:

1. Informar o número de:

Médicos

Estagiários

Enfermeiros

Técnicos em enfermagem

Auxiliares

Fisioterapeutas

Nutricionistas

Fonoaudióloga

Psicólogos

2. O proponente realiza atividades externas, excursões, passeios?

Sim

Não

Caso a resposta seja afirmativa, em qual periodicidade essas atividades ocorrem?

---

## V – CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Caso o Proponente exerça a atividade de Clínica Odontológica, favor preencher os itens abaixo:

1. Informar a quantidade de profissionais:

Dentistas                       Ortodontistas                       Técnicos

2. Informar o número de:

Clínica Geral                       Ortodontia                       Implantodontia  
 Odontologia Estética (clareamento, porcelana)

3. O Proponente realiza atendimento 24 horas?

Sim                                       Não

---

## VI – FARMÁCIA

Caso o Proponente exerça a atividade de Farmácia, favor preencher os itens abaixo:

1. Informar o tipo de serviço prestado pelo Proponente:

Drogeria                                       Manipulação                                       Hospitalar

2. O Proponente é franqueado?

Sim                                       Não

Caso a resposta seja positiva, qual o nome Fantasia do Franqueador?

3. O Proponente realiza atendimento 24 horas?

Sim

Não

4. Há sempre um farmacêutico responsável durante o horário de atendimento ao público?

Sim

Não

---

**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

---

Assinatura

---

Local e Data