

Questionário de Avaliação de Riscos Responsabilidade Civil Profissional Hospitais, Clínicas e Laboratórios

Proponente
Endereço
Bairro
Website

Cidade

Nº

Complemento
UF
CEP

CNPJ
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: %
Particular: %
Plano de Saúde: %
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

Associação ou Fundação

Pública administrada pela Iniciativa Privada

Informar o número de:

Médicos

Residentes

Enfermeiros

Odontólogos

Auxiliares

Técnicos em enfermagem

Fisioterapeutas

Nutricionistas

Técnicos em radiologia

Psicólogo Assistentes Sociais

Número de procedimentos realizados por ano:

Radioterapia e Quimioterapia

Cirurgias

Partos Normais

Atendimentos Emergenciais

Hotel

Exames Laboratoriais

Diagnósticos por Imagem

Consultas

Transportes de pacientes

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:

2014

2015

2016

Quais certificações/acreditações o Proponente possui?

ONA. Nível

ISO. Nº

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?

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:

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

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 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.

Cidade

Data

Nome e Cargo

Assinatura: _____