

Setor de Compras do Hospital Estadual Mario Covas Santo André

Em referencia a contratação de empresa especializada em emissão de Apólice de Seguro de Responsabilidade Civil Profissional para Hospitais.

Prezados Senhores

Como corretores de seguros e a pedido da Ace Seguros, solicitamos dentro do prazo estipulado no item 6 dos QUESTIONAMENTOS E ESCLARECIMENTOS as seguintes informações:

- Questionário para preenchimento de Cotação de Seguro Responsabilidade Civil Profissional.

Atenciosamente

---

TURINCORP CORRETORA DE SEGUROS



**QUESTIONÁRIO PARA O SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL  
PARA CLÍNICAS E DEMAIS PRESTADORAS DE SERVIÇOS MÉDICOS SIMILARES**



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.

**SEÇÃO 01 - INFORMAÇÕES CADASTRAIS DO PROPONENTE**

**1.1. Dados Pessoais:**

Nome:					
CNPJ:		Pessoa para contato:			
Endereço:			Complemento:		
Bairro:		Município/UF:		CEP:	
Telefone:			Fax:		
E-mail:					
Site:					

1.2. Data de início das atividades do segurado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



1.3. Durante os últimos cinco anos foi alterada a sua denominação social, efetuada qualquer incorporação, compra ou fusão com outra firma?

Em caso positivo, informar detalhes.


**SEÇÃO 02 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PROPONENTE**

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

Nome	Endereço

**IMPORTANTE** – Para as respostas abaixo, favor considerar os dados referentes a todas as instituições listadas acima, inclusive o número de médicos, atendimentos e etc.

2.2. Nome completo dos(s) diretor(es) médico(s), nº do CRM e currículo profissional:


2.3. Informar o tipo de serviço prestado pela Instituição:


2.4. Informar o tipo de atendimento prestado pela Instituição:

SUS
Particular
Convênios / Planos de Saúde
Outros – Especificar:

2.5. Informar o número de profissionais que prestam serviço(s) no(s) local (is) segurado(s):

	Empregados	Terceirizados, contratados, cooperados e similar forma de relação de trabalho
Médicos		
Enfermeiros		
Outros		
<b>TOTAL</b>		

2.6. Número de:

Pacientes (anual)	
Leitos	

**2.7. Atividades prestadas pelo Segurado:**

Atividades	Sim (X) / Não (-)	Número de procedimentos ano
Cirurgias		
Raio "X"		
Anestesia		
Cirurgia Plástica		
Exames		
Partos		
Internação		
Outras: favor especificar		

**2.8. O proponente recebe pacientes oriundos de outros países. Em caso positivo, favor informar:**

Número de Pacientes	
Principais países de origem	
Principais procedimentos	
<b>TOTAL</b>	

**SEÇÃO 03 – DOCUMENTAÇÃO, COMISSÕES, ACREDITAÇÕES E DEMAIS ATIVIDADES DE CONTROLE**

Marcar com um "X" o que for aplicável

**3.1. Documentação:**

	SIM	NÃO
As prescrições do médico são <b>escritas e assinadas</b> pelo próprio?		
A instituição possui termo de consentimento informado? Caso Positivo, enviar cópias.		
Ordens de admissão e formulários correspondentes permitem a anotação de instruções para cuidados especiais?		
Os dados do paciente ficam arquivados em um único banco de dados?		
Os dados do paciente ficam arquivados em papel?		
Qual o período que os documentos dos pacientes ficam arquivados?		

**3.2. Seleção de profissionais\*:**

	SIM	NÃO
É feita averiguação do histórico dos referidos candidatos (CRM / tribunais / receita / etc)?		

\* Favor utilizar as folhas em branco no fim do questionário para descrever sucintamente como é feito o processo de admissão dos profissionais.

**3.3. Auditoria\*:**

	SIM	NÃO
São realizadas auditorias pelo proponente?		
Qual a periodicidade das avaliações e auditorias acima?		

\* Somente em relação aos serviços médicos.

**3.4. Treinamentos:**

	SIM	NÃO
São realizados programas educacionais visando o aprimoramento técnico dos profissionais?		

**SEÇÃO 04 – HISTÓRICO DE SINISTROS**



Esta seção é extremamente importante para a correta análise e definição mais adequada do custo e condições do seguro. Portanto, é fundamental que o proponente preencha de forma mais completa possível os campos indicados abaixo.

		SIM	NÃO
4.1.	Existe(m) reclamação(ões) contra o segurado por dano(s) causado(s) pela prestação de seus serviços, em andamento?		
4.2.	O segurado já sofreu reclamação(ões) por dano(s) causado(s) pela prestação de seus serviços, já encerrados?		
4.3.	O segurado tem conhecimento de qualquer ato ou fato que possa gerar reclamação (ões) por dano(s) causado(s) pela prestação de seus serviços, no futuro?		
4.4.	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?		

Caso a resposta anterior seja "SIM", Favor descrever as informações solicitadas abaixo, somente no que se refere às reclamações decorrentes da prestação dos serviços médicos aos clientes, nos últimos 5 anos.  
 Caso seja necessário, favor utilizar as folhas no fim deste questionário para melhor descrição dos casos.

Nome do autor da ação:	
Nome do paciente:	
Data da ocorrência:	
Data da reclamação:	
Situação (pendente/ encerrado):	
Ação Judicial – SIM ou NÃO:	
Valor envolvido ou indenizado:	
Data de encerramento:	
Resumo da reclamação:	

**SEÇÃO 05 – INFORMAÇÕES SOBRE A COTAÇÃO**

**5.1. Limites de cobertura\***

\* É recomendado escolher pelo menos 03 alternativas, para que o proponente tenha a opção de comparar limites e custos.

Opção 1: R\$

Opção 2: R\$

Opção 3: R\$

**5.2. Vigência desejada \***

\*As vigências são sempre anuais.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**5.3. Existe interesse em adquirir retroatividade de cobertura\*?**

Em caso de positivo, informar desde quando.

\* Para retroatividade de cobertura, a apólice cobrirá reclamações de terceiros para atos ou fatos praticados anteriormente à contratação do seguro, desconhecidos pelo segurado e cuja reclamação ocorra após a contratação do Seguro.

\*\* Fica facultado à seguradora a aceitação ou não de cobertura retroativa à vigência do Seguro.  
 Para a retroatividade, haverá cobrança de prêmio adicional.



SIM	
NÃO	

Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**5.4. Foi recusada alguma proposta para seguro semelhante feita pelo proponente?**

*Em caso afirmativo, informar detalhes (nome da seguradora/ data da recusa e motivo alegado pela seguradora).*

SIM	
NÃO	

Detalhes: \_\_\_\_\_

**5.5. Algum seguro foi cancelado ou teve sua renovação recusada?**

*Em caso afirmativo, informar detalhes (nome da seguradora/ data da recusa e motivo alegado pela seguradora).*

SIM	
NÃO	

Detalhes: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura / nome

\_\_\_\_\_  
Nome da Instituição

\_\_\_\_\_  
Cargo e/ou Representação Legal

