



ace seguros

ACE Seguradora S.A.
Av. Paulista, 1294 – 17º e 18º
Andares
Cerqueira César-São Paulo-SP
01310-915
Brasil

+ 55 11 4504-4400 *tel*
+ 55 11 4504-4399 *fax*
www.aceseguros.com

**QUESTIONÁRIO PARA O SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL
PROFISSIONAL PARA HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E DEMAIS
PRESTADORAS DE SERVIÇOS MÉDICOS**

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 - Nome do proponente:

CNPJ:

Pessoa para contato:

Endereço:

Telefones/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?

Caso positivo, informe detalhes:

SEÇÃO 02 - CARACTERÍSTICAS GERAIS 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 número de médicos, leitos atendimentos e etc.

2.2 - Nome completo do(s) Diretor (es) Médico (s), Nº do CRM e currículo profissional:



ace seguros

ACE Seguradora S.A.
Av. Paulista, 1294 – 17º e 18º
Andares
Cerqueira César-São Paulo-SP
01310-915
Brasil

+ 55 11 4504-4400 *tel*
+ 55 11 4504-4399 *fax*
www.aceseguros.com

2.3 - Informar a categoria da Instituição (marcar com um “X”):

- Público
 Privado
 Fundação
 Outros – Especificar:

2.4 - Informar o tipo de Instituição (marcar com um “X”):

- Hospital Geral
 Hospital especializado
 Hospital dia
 Clínica especializada
 Ambulatório de especialidade
 Laboratório
 Banco de sangue
 Home care
 Transportes de pacientes
 Outros – Especificar:

2.5 - Informar o tipo de atendimento prestado pela Instituição:

- SUS
 Particular
 Convênios / Planos de Saúde
 Outros – Especificar:

2.6 - 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		
Odontólogos		
Enfermeiros		
Residentes		
Outros		
TOTAL		

2.7 - Número de leitos:

Leitos	
Leitos de maternidade	
Leitos de UTI	
Day Clinic	
TOTAL	

2.8 - Número de atendimentos realizados por ano:

Pacientes	
Cirurgias	
Partos	
TOTAL	



ace seguros

ACE Seguradora S.A.
Av. Paulista, 1294 – 17º e 18º
Andares
Cerqueira César-São Paulo-SP
01310-915
Brasil

+ 55 11 4504-4400 *tel*
+ 55 11 4504-4399 *fax*
www.aceseguros.com

2.9 - Tipos de serviços prestados pelo Segurado:

Especialidades	Sim (X) / Não (-)	Número de procedimentos ano
Cirurgias gerais		
Raio "X"		
Cirurgia cardiovascular		
Cirurgia neurológica		
Hemodiálise		
Obstetrícia		
Transplantes		
Cirurgia a laser		
Serviços emergenciais		
Cirurgia bariátrica		
Cirurgia plástica		
Cirurgia ortopédica		
Cirurgia oftalmológica		
Doenças infecciosas		
Angioplastia		
Transfusões		
Anestesias		
Cuidados intensivos para recém nascidos		

2.10 – Outros serviços prestados pelo Segurado:

	SIM	NÃO
Ouvidoria		
Nutricionista		
Apoio psicológico		
Serviços domiciliares		
Outros, especificar =>		

2.11 – Qual a taxa de infecção hospitalar apresentada nos últimos 3 anos?

A resposta acima deve ser considerada conforme determinação da ANVISA, ou seja, calculada tomando como numerador o número de episódios de infecção hospitalar no período considerado e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período.



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 digitadas e assinadas pelo próprio		
	As prescrições do médico são escritas e assinadas 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		
	Existe software especializado para a gestão de bancos de dados dos pacientes do proponente		
	Os dados do paciente ficam arquivados em um único banco de dados		
	Os dados do paciente ficam arquivados eletronicamente		
	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 entrevista com candidatos a prestar serviços para o proponente		
	É feita averiguação do histórico dos referidos candidatos (CRM/tribunais / receita / etc)		
	Os mesmos fatores acima se aplicam às prestadoras de serviços médicos		
	Os mesmos fatores acima se aplicam às prestadoras de serviços de serviços de limpeza, segurança, manutenção e 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 internas pelo proponente		
	São realizadas auditorias externas pelo proponente		
	Qual a periodicidade das avaliações e auditorias acima		

* Somente em relação aos Serviços médicos

3.4	Comissões	SIM	NÃO
	Controle de infecção hospitalar (CCIH)		
	Ética médica / enfermagem		
	Controle de acidentes		
	Análise de óbitos e biópsias		
	Investigação epidemiológica		
	Outras, especificar =>		

3.5	Treinamentos	SIM	NÃO
	São realizados treinamentos para profissionais recém admitidos		
	São realizados treinamentos para os demais profissionais		
	São realizados programas educacionais visando o aprimoramento técnico dos profissionais		



ace seguros

ACE Seguradora S.A.
Av. Paulista, 1294 – 17º e 18º
Andares
Cerqueira César-São Paulo-SP
01310-915
Brasil

+ 55 11 4504-4400 tel
+ 55 11 4504-4399 fax
www.aceseguros.com

3.6	Certificação/ Acreditação	SIM	NÃO
	Acreditação nível 3 ONA		
	ISO 90001:2000		
	ISO 14001		
	Join commission international		
	Outras, especificar =>		

SEÇÃO 04 - Histórico de Sinistros

Esta Seção é extremamente importante para a correta análise e a definição mais adequada do custo e condições do seguro. Portanto, é fundamental que o proponente preencha da 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 => S – Sim N - Não	
Valor	
Data de encerramento	
Resumo da reclamação	



4.5 – Defesa Judicial, Administrativa e Similares

As informações abaixo são extremamente importantes, uma vez que o seguro possui dentro da cobertura da apólice os custos de defesa. É importante reiterar que todas as informações constantes neste questionário são tratadas em total sigilo

4.5.1 – Existe advogado interno responsável pela defesa judicial do proponente por Responsabilidade Civil decorrente da Prestação de Serviço do proponente?

Sim Não

Caso positivo, favor informar o(s) nome(s) e número da OAB

4.5.2 – O Segurado sub-contrata advogados e/ou sociedades de advogados externos para defender o proponente de ações judiciais por Responsabilidade Civil decorrente da Prestação de Serviço do proponente?

Sim Não

Caso positivo, favor informar o(s) nome(s) da(s) Sociedade(s) de advogados e seus respectivos profissionais.

4.5.3 – Existe uma política/ critério para acordos extra-judiciais?

Sim Não

Caso positivo, favor informar como são feitos os acordos e quais as alçadas de decisão para aceitação ou não.

SEÇÃO 05 - Gerenciamento de risco - preencher somente se aplicável a sua atividade

5.1 - O responsável pelo gerenciamento possui outras atribuições além de gerenciamento de risco?

Sim Não

Caso positivo, descrever quais =>

5.2 - O programa de gerenciamento de risco possui:

	SIM	NÃO
Revisão de reclamações		
Avaliação de contratos		
Questionamentos relevantes de pacientes		
Relatórios		
Desenvolvimento de práticas e políticas		
Comitês de gerenciamento de risco		
Programas de qualidade		
Programas de emergências médicas		
Relatórios de incidentes		
Revisão de planos de gerenciamento de risco		
Outros – descrever =>		

5.3 – Como são feitos os relatórios de incidentes?

5.4 – É exigido seguro de Responsabilidade Civil profissional para prestadoras de Serviços?

5.5 – os contratos de prestação de serviços com outras entidades possuem cláusulas de responsabilidade?



ace seguros

ACE Seguradora S.A.
Av. Paulista, 1294 – 17º e 18º
Andares
Cerqueira César-São Paulo-SP
01310-915
Brasil

+ 55 11 4504-4400 *tel*
+ 55 11 4504-4399 *fax*
www.aceseguros.com

Sim Não

Caso positivo, favor enviar modelo de contrato.

SEÇÃO 06 - 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.

__/__/__ a __/__/__

5.3 – Existe interesse em adquirir retroatividade de cobertura*

* *para retroatividade de cobertura, a apólice cobreira 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.*

Para a retroatividade, haverá cobrança de prêmio adicional.

Sim

desde __/__/__

Não

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

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

SEÇÃO 06 - informações complementares – preencher somente se aplicável a sua atividade

6.1 Cirurgia Bariátrica

6.1.1 São realizadas cirurgias bariátricas em pacientes com idade inferior a 18 anos?

Sim

Não



ace seguros

ACE Seguradora S.A.
Av. Paulista, 1294 – 17º e 18º
Andares
Cerqueira César-São Paulo-SP
01310-915
Brasil

+ 55 11 4504-4400 *tel*
+ 55 11 4504-4399 *fax*
www.aceseguros.com

6.1.2 São exigidos programas de acompanhamento em pacientes de cirurgias bariátricas?

Sim Não

6.1.3 Existem equipes multidisciplinares para acompanhamento de pacientes de cirurgias bariátricas?

Sim Não

6.2 Serviços de transporte de Pacientes

6.2.1 - É prestado serviço de ambulância e/ ou aeronave pela instituição?

Sim Não

6.2.2 - Em caso afirmativo, indicar se é:

Próprio Terceirizado

Informar:

Quantidade de ambulâncias.....

Quantidade de aeronaves.....

Estimativa de atendimentos ao ano.....

6.2.3 Ainda no caso de serviço próprio, informar se os mesmos são prestados a outras instituições:

Sim Não

6.3 Serviços Hemoterápicos

6.3.1 A instituição presta serviços hemoterápicos?

Sim Não

6.3.2 – Tipo de Unidade

	SIM	NÃO
Hemocentro		
Hemocentro regional		
Hemonúcleo		
Unidade de Coleta e Transfusão		
Agência Transfusional		
Posto de coleta fixa		
Posto de coleta Móvel		

6.3.3 – Dados do responsável técnico

Nome do Responsável Técnico:	
C.R.M.:	Especialidade:
Nome do Responsável Substituto	
C.R.M.:	Especialidade:

6.3.4 - Dados de Produção (POR ANO)

Coletas realizadas	
Transfusões	
Nº. de Bolsas Recebidas/Externas	



ace seguros

ACE Seguradora S.A.
Av. Paulista, 1294 – 17º e 18º
Andares
Cerqueira César-São Paulo-SP
01310-915
Brasil

+ 55 11 4504-4400 *tel*
+ 55 11 4504-4399 *fax*
www.aceseguros.com

6.3.5 – São realizadas triagens sorológicas para:

	SIM	NÃO
HIV / HTLV-II / Hepatite B e C e outros		

6.3.6 – Testes de amostra

	SIM	NÃO
As amostras são coletadas por ocasião da doação.		
Doadores com resultados positivos são convocados, orientados e encaminhados para serviços complementares de diagnóstico e tratamento.		
Há registro dos resultados dos exames realizados, caso positivo, indicar o período em anos (_____)		
Os exames são repetidos antes do resultado final ser emitido.		

6.3.7 – Controle de qualidade e incidentes

	SIM	NÃO
O proponente possui comissão de controle de incidentes transfusionais?		
Existe Manuais de procedimentos Operacionais padrão (M.P.O.P)?		
Existe outro tipo de manual de controle de qualidade específico?		
Existe material explicativo para recrutamento de doadores?		
Qual a periodicidade de revisão dos manuais?		
Os procedimentos são registrados em sistema informatizado?		
Qual o período que os registros ficam armazenados?		
Existe programa de treinamentos para funcionários?		
Caso sim na pergunta acima, Qual a periodicidade?		
São realizadas auditorias de qualidade?		
Existe identificação, documentação, rastreamento e correção de “não conformidades”?		

6.4 Serviços de análises clínicas e medicina diagnóstica

6.5 A instituição presta serviços de análises clínicas e medicina diagnóstica?

Sim Não

Serviço	Sim (X) / Não (-)	Número de procedimentos ano
Raios-X		
Ultra-sonografia		
Tomografia computadorizada		
Ressonância magnética		
Mamografia		
Capilaroscopia		
Densitometria óssea		
Eletroencefalografia		
Exames diagnósticos cardiologia		
Exames diagnósticos gastroenterologia		
Exames diagnósticos ginecologia		
Exames diagnósticos medicina nuclear		
Exames diagnósticos neurologia		



ace seguros

ACE Seguradora S.A.
Av. Paulista, 1294 – 17º e 18º
Andares
Cerqueira César-São Paulo-SP
01310-915
Brasil

+ 55 11 4504-4400 *tel*
+ 55 11 4504-4399 *fax*
www.aceseguros.com

Exames diagnósticos oftalmologia		
Exames de DNA		
Exames Toxicológicos		

6.5 A instituição presta serviços de “Home care”?

Sim Não

Quais os serviços compreendidos pelo Tratamento Domiciliar?

6.5.1 Quais as especialidades dos profissionais envolvidos no Tratamento domiciliar?

6.5.2 Em quais tipos de casos é indicado o tratamento domiciliar?

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 da Instituição

Assinatura/nome

Cargo e/ou Representação Legal



ace seguros

ACE Seguradora S.A.
Av. Paulista, 1294 – 17º e 18º
Andares
Cerqueira César-São Paulo-SP
01310-915
Brasil

+ 55 11 4504-4400 *tel*
+ 55 11 4504-4399 *fax*
www.aceseguros.com