

Seguro de Responsabilidade Civil Profissional Médicos, Odontologistas e Auxiliares da Medicina Questionário Suplementar

Proponente: _____ CPF: _____

1. Você administra anestesia S N

Em hospital S N outras S N

Onde: _____
se positivo; qual a tipo de anestesia:

Espinal S N Local S N

Caudal S N Intravenosa S N

Geral S N Intravenosa analgésica S N

Outras _____

2. Você realiza cirurgia plástica estética?

Rinoplastia S N Implantes de Silicone S N

Lipoaspiração S N Injeções de Silicone S N

Transplante Capilar ou Sutura S N Blefaroplastia S N

Dermolipectomia S N Outras S N

Em caso afirmativo, por favor, explique: _____

3. Você realiza alguns dos seguintes procedimentos considerados cirúrgicos?

a. Qualquer procedimento cirúrgico que envolva cortar fora ou dentro do abdome, caixa torácica, cavidade orbital, seios espinhais ou faciais? S N

b. Cirurgia plástica reparadora? S N

c. Cirurgia plástica estética? S N

d. Qualquer incisão em direção ou sobre os rins, ureter ou bexiga? S N

e. Mastectomia? S N

f. Cirurgia de Hérnia (somente inguinal ou umbilical) S N

g. Cirurgia Neurológica? S N

h. Tireoidectomia? S N

i. Cirurgias Ortopédicas ? S N

j. Algum tipo de amputação? S N

k. Mastoidectomia? S N

l. Cirurgia Oftalmológica? S N

m. Cirurgia de ouvido médio ou interno? S N

n. Cirurgias endonasais? S N

o. Adenoidectomia? S N

p. Amigdalectomia? S N

q. Prostatectomia? S N

r. Hemorroidectomia e outros procedimentos limitados ao esfíncter? S N

s. Pré natal, trabalho de parto e aborto (excluindo cesarianas)? S N

t. Cirurgia vascular periférica? S N

4. Realiza alguns dos seguintes procedimentos? (indique sim ou não)

Amniocentesis S N Transplante de órgãos S N

Arteriografia S N Paracentese S N

Broncoscopia S N Quimioterapia S N

Diálise S N Cirurgia laparoscópica S N

Criocirurgia S N

Toracocenteses S N Mielografia S N

Abrasão da derme S N Flebografia S N

Endoscopia S N Cateterização arterial ou cardíaca S N

Terapia Laser S N

Descreva outros procedimentos considerados cirúrgicos que realiza: _____

5. Especialistas

5.1. Anestesiastas:

Você pratica alguma outra especialidade médica ou cirúrgica além da Anestesia? S N

Descreva a especialidade médica ou cirúrgica que realiza: _____

Emprega ou assume tarefas de supervisão sobre o pessoal médico? S N

No caso afirmativo, explique: _____

5.2. Dermatologistas:

Realiza terapia superficial com Raios X? S N

Realiza cirurgia estética? S N

No caso afirmativo, explique: _____

5.3. Obstetras e Ginecologistas:

Limita suas práticas somente à ginecologia? S N

Realiza partos domiciliares ou não-hospitalares? S N

5.4. Oftalmologistas:

Realiza cirurgia estética? S N

Realiza cirurgia c/ laser? S N

Realiza procedimentos não hospitalares? S N

No caso afirmativo, explique: _____

5.5. Otorrinolaringologistas:

Realiza cirurgia estética? S N

Realiza procedimentos não hospitalares? S N

No caso afirmativo, explique: _____

5.6. Cirurgiões Gerais, Torácicos, Vasculares:

Realiza transplantes de órgãos? S N

No caso afirmativo, que tipos? _____

Realiza alguma cirurgia classificada como:

Cirurgia ortopédica S N

Neurocirurgia S N

5.7. Urologistas:

Realiza implantações de próteses? S N

Realiza transplantes de órgãos? S N

Realiza cirurgia de mudanças de sexo? S N

Realiza procedimentos não hospitalares? S N

No caso afirmativo, explique: _____

5.8. Cirurgiões Ortopedistas ou Neurologistas:

Realiza os cuidados primários em traumas importantes de coluna? S N

Realiza laminectomias lombares? S N

Quantas realiza ao mês _____

Realiza laminectomias cervicais? S N

Quantas realiza ao mês _____

Realiza artrodeses de coluna? S N

Quantas realiza ao mês _____

Realiza discectomia? S N

Quantas realiza ao mês _____

Realiza implantes articulares? S N

Realiza cirurgia de correção de escoliose? S N

Realiza implantes neurocirúrgicos para tratar a dor? S N

Realiza cirurgia estereotáxica? S N

No caso afirmativo, que tipos? _____

Assinatura do Proponente: _____

Data: _____ / _____ / _____