

QUESTIONÁRIO DE RISCO

IMPORTANTE: todos os campos aplicáveis deverão ser preenchidos. Campos não preenchidos serão considerados, para todos os efeitos legais e de coberturas securitárias, como não aplicáveis. Este documento será considerado parte integrante da apólice, caso o seguro seja contratado.

Dados do Proponente

Razão Social: INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO-INDSH		CNPJ: 23.453.830/0022-02
Nome Fantasia: HOSPITAL DELPHINA RINALDI AZIZ		Data de Início das Atividades: 01/04/2019
Endereço Completo: AV. TORQUATO TAPAJÓS	Nº: 9250	Complemento:
Bairro: COLÔNIA TERRA NOVA	Cidade/Estado: MANAUS/AM	CEP: 69093-415
E-mail: jefferson.chzn@indsh.org.br	Telefone: 92 3090-0500	Celular: 92-984608479

A Instituição teve razão social, incorporação, compra ou fusão com outras Instituições? SIM NÃO | Se sim, detalhe.

Dados das Filiais do Proponente

O proponente possui filiais/unidades que deverão estar amparadas pelo seguro? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Se sim, quantas?
Endereço Filial Unidade 1º: AV. DONA OTILIA - CNPJ 23.453.830/0021-13	Nº: 649	Complemento:
Bairro: TARUMÃ	Cidade/Estado: MANAUS/AM	CEP: 69021-430
Endereço Filial Unidade 2º:	Nº:	Complemento:
Bairro:	Cidade/Estado:	CEP:

Se os espaços acima não forem suficientes, anexe as informações adicionais em folha separada.

Informações para Análise de Risco

Informar a categoria e tipo de atendimento prestado pela Instituição:

Público Privado Fundação SUS Particular Convênio | Plano de Saúde Outros:

Especialidades e áreas de atuação médica que não envolvem cirurgia:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acupuntura | <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Medicina Física e Reabilitação | <input type="checkbox"/> Patologia Clínica Medicina Laboratorial |
| <input type="checkbox"/> Alergologia e Imunologia | <input type="checkbox"/> Hematologia e Hemoterapia | <input checked="" type="checkbox"/> Medicina Intensiva | <input checked="" type="checkbox"/> Pediatria |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cardiologia Clínica e Pediátrica | <input type="checkbox"/> Homeopatia | <input type="checkbox"/> Med. Legal e Perícia Médica | <input checked="" type="checkbox"/> Pneumologia |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia Intervencionista | <input checked="" type="checkbox"/> Infectologia | <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear | <input type="checkbox"/> Psiquiatria |
| <input checked="" type="checkbox"/> Clínica Médica | <input type="checkbox"/> Medicina de Emergência | <input type="checkbox"/> Medicina Preventiva e Social | <input checked="" type="checkbox"/> Radiologia e Diagnóstico por Imagem |
| <input checked="" type="checkbox"/> Endocrinologia | <input type="checkbox"/> Med. de Família e Comunidade | <input checked="" type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input checked="" type="checkbox"/> Endoscopia | <input type="checkbox"/> Medicina de Tráfego | <input checked="" type="checkbox"/> Neurologia | <input checked="" type="checkbox"/> Reumatologia |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input checked="" type="checkbox"/> Medicina do Trabalho | <input type="checkbox"/> Nutrologia | |
| <input type="checkbox"/> Genética Médica | <input type="checkbox"/> Medicina Esportiva | <input type="checkbox"/> Patologia | |

Especialidades médicas que podem envolver cirurgia. Informe se realiza cirurgias e se sim, a quantidade aproximada de procedimentos cirúrgicos nos últimos 12 meses:

- | | | | | | |
|---|--|-------------|--|--|-------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Anestesiologia | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Qtde: | <input checked="" type="checkbox"/> Oftalmologia | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Qtde: 2.827 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Coloproctologia | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Qtde: | <input type="checkbox"/> Oncologia | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Qtde: |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dermatologia | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Qtde: 1.538 | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Qtde: |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ginecologia (sem Obstetrícia) | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Qtde: 2.540 | <input checked="" type="checkbox"/> Otorrinolaringologia | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Qtde: 31 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mastologia | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Qtde: 369 | <input checked="" type="checkbox"/> Urologia | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Qtde: 1.591 |

Especialidades Médico-Cirúrgicas. Informe a quantidade aproximada de procedimentos cirúrgicos nos últimos 12 meses:

- | | | | | | |
|---|-------|--|-------------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Bariátrica | Qtde: | <input type="checkbox"/> Cirurgia Ap. Digestivo | Qtde: | <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia Torácica | Qtde: 680 |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Bucoimaxilofacial | Qtde: | <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia Geral | Qtde: 2.363 | <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia Vasculare | Qtde: 217 |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Cardiovascular | Qtde: | <input type="checkbox"/> Cirurgia Pediátrica | Qtde: | <input type="checkbox"/> Ginecologia com Obstetrícia | Qtde: |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia de Cabeça e Pescoço | Qtde: | <input type="checkbox"/> Cirurgia Plástica | Qtde: | <input type="checkbox"/> Neurocirurgia | Qtde: |

Especialidades odontológicas. Informe a quantidade de procedimentos cirúrgicos nos últimos 12 meses:

- | | | |
|---|------------|--|
| <input type="checkbox"/> Odontologia com procedimento Bucomaxilofacial e/ou com prática estética ² | Qtde: | |
| <input type="checkbox"/> Odontologia com harmonização facial e/ou Aplicação de toxina botulínica ² | Qtde: | |
| <input type="checkbox"/> Odontologia com Implante, Cirurgia e Ortodontia | Qtde: | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Odontologia sem Implante: demais especialidades | Qtde: 7608 | |

Outras atividades profissionais ligadas à área da saúde:

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Biologia | <input type="checkbox"/> Enfermagem Obstétrica- Neonatal-UTI | <input checked="" type="checkbox"/> Farmácia sem estética | <input type="checkbox"/> Instrumentação Cirúrgica | <input checked="" type="checkbox"/> Terapia Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Biomedicina com estética ² | <input type="checkbox"/> Fisioterapia com estética ² | <input type="checkbox"/> Fisioterapia sem estética | <input checked="" type="checkbox"/> Nutrição | |
| <input type="checkbox"/> Biomedicina sem estética | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermagem | <input checked="" type="checkbox"/> Fonoaudiologia | <input checked="" type="checkbox"/> Psicologia | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bioquímica | <input type="checkbox"/> Farmácia com estética ² | | <input checked="" type="checkbox"/> Técnico em Enfermagem | |



QUESTIONÁRIO DE RISCO

Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://portal.digiforte.com.br/validate/SA6M5-L74H8-2A9Y4-39AVC>



QUESTIONÁRIO DE RISCO

²O procedimento realizado relativo à reclamação de qualquer dano deve ser **inerente a(s) especialidade(s) contratada(s)** e deve estar **amparado de acordo com a legislação em vigor** na data do procedimento, incluindo os procedimentos com prática estética. O proponente deve ter autorização do conselho de classe para a realização que qualquer procedimento relativo à especialidade contratada.

Outros serviços oferecidos pela Instituição. Informe a quantidade de procedimentos, se aplicável, nos últimos 12 meses:

<input type="checkbox"/> Banco de Sangue	Qtde:	<input checked="" type="checkbox"/> Hemodiálise	Qtde: 6.345
<input type="checkbox"/> Centro de Diálises	Qtde:	<input type="checkbox"/> Hemoterapia	Qtde:
<input checked="" type="checkbox"/> Diagnósticos por Imagem	Qtde: 314223	<input checked="" type="checkbox"/> Laboratório de Análises Clínicas	Qtde: 2.070.531
<input checked="" type="checkbox"/> Emergências Médicas (Transporte)	Qtde:	<input type="checkbox"/> Serviços Emergenciais	Qtde:
<input type="checkbox"/> Eletroconvulsoterapia	Qtde:	<input checked="" type="checkbox"/> Transfusões	Qtde: 4.634
<input type="checkbox"/> Estimulação Eletromagnética	Qtde:	<input checked="" type="checkbox"/> Transplantes	Qtde: 45
<input type="checkbox"/> Farmácia com estética ²	Qtde:	<input type="checkbox"/> Tratamento Domiciliar	Qtde:
<input checked="" type="checkbox"/> Farmácia sem estética	Qtde:		

Quantidade de profissionais que prestam serviços na Instituição:

Médicos: 424	Enfermeiros: 311	Dentistas: 10	Residentes:
Técnicos: 785	Outros Profissionais da Saúde: 544	Administrativos: 430	

Quantidade de leitos existentes na Instituição:

Maternidade:	Clínica dia: 10	Demais leitos: 276
UTI Adulto: 100	UTI Neonatal:	UTI Pediátrica:

A Instituição possui centro cirúrgico? Se sim, quantos?

SIM NÃO | Quantidade: 1

Se sim, a Instituição faz locação de seus centros cirúrgicos?

SIM NÃO

Existe cláusula contratual de isenção de responsabilidade por má prática médica em caso de locação?

SIM NÃO

Se não, realiza em outras instituições de saúde os procedimentos que exigem estrutura clínico-hospitalar mais complexa?

SIM NÃO

Os locais nos quais realiza os procedimentos mais complexos possuem certificações e/ou acreditações?

SIM NÃO NÃO SEI INFORMAR

Número de atendimentos realizados por ano na Instituição (quantidade aproximada):

Consultas: 267300	Cirurgias: 18.982	Emergências Médicas: 1.389
Partos Normais:	Cesáreas:	Reprodução Assistida:

Controles e Gerenciamentos

Informar a taxa de infecção hospitalar apresentada na Instituição nos últimos 3 anos.

A resposta deve ser com base na determinação da ANVISA.

Auditoria relacionada aos serviços médicos prestados	SIM	NÃO	Periodicidade		
A Instituição tem auditoria interna?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A Instituição tem auditoria Externa?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 meses		
Certificações Acreditações	SIM	NÃO	Certificações Acreditações	SIM	NÃO
ONA Nível: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Canadense	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Joint Commission International	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Niaho	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Outras:

Histórico de Reclamações

Existem reclamações em andamento contra o proponente por danos causados pela prestação de seus serviços?

SIM NÃO

O proponente já sofreu reclamações ou ação disciplinar por qualquer autoridade fiscal de órgão oficial, conselhos e instituições?

SIM NÃO

O proponente sofreu ação criminal de qualquer natureza, mesmo que não relacionado à prática profissional?

SIM NÃO

O proponente conhece alguma circunstância que possa originar uma reclamação ou demanda contra ele, em decorrência de serviços profissionais prestados?

SIM NÃO

O proponente já sofreu reclamações ou foi demandado em Responsabilidade Civil Profissional por negligência, imperícia ou imprudência?

SIM NÃO

IMPORTANTE: Se alguma resposta acima for SIM, preencher o **REPORTE DE RECLAMAÇÕES** na página 04, deste documento. Em caso de reclamação, além de preencher os campos obrigatórios, relacionar os seguintes documentos: **Petição Inicial; Contestação; Expectativa de Perda; Indenização da causa.**

Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://portal.digiforte.com.br/validate/SA6M5-L74H8-2A9Y4-39AVC>

QUESTIONÁRIO DE RISCO

Informações Adicionais

O proponente tem advogados internos responsáveis pela defesa/acompanhamento dos processos judiciais por Responsabilidade Civil decorrentes das atividades fins da Instituição?

SIM NÃO

O proponente subcontrata escritórios de advocacia ou advogados para defesa dos processos judiciais por Responsabilidade Civil decorrentes das atividades fins da Instituição?

SIM NÃO

Se já possui corpo jurídico próprio ou escritório de advocacia contratado para a defesa de processos de responsabilidade civil, deseja **EXCLUIR** a cobertura de honorários advocatícios?

SIM NÃO

A Instituição possui política interna para realização de acordos extrajudiciais?

SIM NÃO

Se alguma resposta anterior for SIM, detalhar abaixo nome do profissional/escritório e OAB e critérios para acordos extrajudiciais.

Manica Menegat - OAB/PR 3435

Informar o faturamento dos últimos 12 meses:

R\$

Informar a expectativa de faturamento dos próximos 12 meses:

R\$

Seguros Anteriores

O Proponente possui ou atualmente possui apólice de Seguro de Responsabilidade Civil Profissional junto à outra seguradora?

SIM NÃO | Se sim, forneça as informações abaixo:

Nome da Seguradora:

Limite da Apólice:

R\$

Período de Vigência:

até

Informações para Cotação

Limite Máximo de Garantia (LMG) - Escolher pelo menos 3 (três) opções para melhor comparação:

R\$

R\$

R\$

Outras:

Tipo de Apólice:

NOVA RENOVAÇÃO UNIMED RENOVAÇÃO CONGÊNERE

Se Renovação Unimed, Apólice nº:

Vigência anual desejada³:

até

Data de retroatividade⁴ desejada:

Nome da Seguradora Anterior

Prazo Adicional da apólice anterior⁵:

³ A aceitação da vigência desejada é facultada a Seguradora após a análise do risco, podendo não ser acatada.

⁴ Informe os dados da última apólice emitida na congênera para ter direito à **Cobertura para Extensão do Período de Retroatividade⁴**, uma cobertura exclusiva para renovação de congênera. Para a emissão da apólice com esta cobertura, é necessário o envio da cópia da apólice e condições gerais da Seguradora anterior para a comprovação das informações acima. Caso contrário a apólice não será emitida com esta cobertura.

⁵ Contratada esta cobertura, o prazo Adicional desta Seguradora seguirá o mesmo prazo Adicional da congênera.

Deseja contratar cobertura adicional para Emergências Médicas (Transporte de Pacientes)?

SIM NÃO

Quantidade de Ambulâncias:

Deseja contratar cobertura adicional para Tratamento Domiciliar (Home Care)?

SIM NÃO

Deseja contratar cobertura adicional para Despesas com Publicidade?

SIM NÃO

Observações

A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no site eletrônico www.susep.gov.br.

QUESTIONÁRIO DE RISCO

Declaração

O proponente ou seu representante legal, mediante apresentação de procuração, declara que:


- (i) Todas as informações fornecidas neste documento são verdadeiras, completas e fornecidas de boa-fé, sob pena do disposto nos Arts. 765 e 766 do Código Civil, sem prejuízo ao disposto nas Condições Gerais.
- (ii) Está ciente do dever de informar a Seguradora imediatamente caso as informações prestadas neste documento sofram qualquer alteração antes da efetivação do seguro. Com base nas novas informações, a Seguradora poderá rever sua posição quanto à aceitação do risco ou quanto às condições oferecidas, inclusive no que tange a prêmios, coberturas e exclusões.
- (iii) Está ciente que uma vez efetivado o seguro, o presente documento, juntamente com eventuais anexos entregues em folhas separadas, passará a integrar a apólice e que caso julgue necessário, a Seguradora poderá, a qualquer momento, solicitar informações adicionais e/ou verificar a veracidade das informações fornecidas.
- (iv) Desconhece, durante o período de retroatividade, quaisquer fatos ou atos que possam dar origem a uma reclamação coberta pelo seguro e que caso seja concedido período de retroatividade anterior ao início de vigência da apólice, serão passíveis de cobertura os fatos desconhecidos pelo Segurado no momento da contratação.
- (v) O proponente declara estar ciente e de acordo que a (s) cobertura (s) com procedimentos estéticos estão atreladas à necessidade de habilitação profissional, atendida a regulamentação aplicável ao Conselho de Classe da minha profissão, e que qualquer reclamação deve ser inerente à(s) especialidade(s) contratada(s) e o procedimento deve estar amparado de acordo com a regulamentação e legislação em vigor na data do procedimento.
- (vi) Tomei ciência das Condições Contratuais do Seguro, disponíveis em www.segurosunimed.com.br/rc-saude-instituicoes/condicoes, em especial no que tange às coberturas e às exclusões, e de que o presente seguro é à base de reclamação com notificação, exigindo sua comunicação à seguradora tão logo se tenha conhecimento.

Manaus, 11 de março de 2024

Local e Data

José Carlos Rizoli - Presidente

Nome e Cargo

Assinado digitalmente por:
JOSE CARLOS RIZOLI
CPF: ***.893.228-**
Certificado emitido por AC Certisign RFB G5
Data: 11/03/2024 09:43:04 -03:00 

Assinatura

REPORTE DE RECLAMAÇÕES

IMPORTANTE: esta página só deve ser preenchida caso o segurado tenha histórico de reclamações. Se o espaço não for suficiente, anexar folhas ao documento. Este documento será considerado parte integrante da apólice, caso o seguro seja contratado.

Reclamação 01

Nome do profissional

Não se aplica

Nome do autor da ação

Cleonice de Souza Nascimento

Nome do paciente

Cleonice de Souza Nascimento

Data da ocorrência (fato gerador)

27/04/2023

Data da reclamação

14/09/2023

Valor envolvido ou indenizado

R\$ 80.000,00

Expectativa de perda

Remoto

Objeto da reclamação (detalhar o procedimento que ocasionou a reclamação, o dano alegado pelo reclamante, a conduta do profissional e demais informações relevantes)

Suposta perda de material para biópsia de tumor na bexiga pelo laboratório.

Nº e foro do processo

0603192-95.2023.8.04.0001 - 2ª Vara
Cível de Manaus

Status do processo (Ex. Em andamento | Aguardando perícia | Encerrado)

Em andamento - fase inicial

Reclamação 02

Nome do profissional

Nome do autor da ação

Alcides Freitas de Carvalho

Nome do paciente

Alcides Freitas de Carvalho

Data da ocorrência (fato gerador)

05/10/2022

Data da reclamação

03/09/2023

Valor envolvido ou indenizado

R\$ 300.000,00

Expectativa de perda

Provável

Objeto da reclamação (detalhar o procedimento que ocasionou a reclamação, o dano alegado pelo reclamante, a conduta do profissional e demais informações relevantes)

Suposta perda do glóbulo ocular por úlcera na córnea, que se originou de cirurgia oftalmológica.

Nº e foro do processo

0595452-86.2023.8.04.0001 - 12ª Vara
Cível de Manaus/AM

Status do processo (Ex. Em andamento | Aguardando perícia | Encerrado)

Em andamento - Fase inicial

Reclamação 03

Nome do profissional

Nome do autor da ação

Nome do paciente

Data da ocorrência (fato gerador)

Data da reclamação

Valor envolvido ou indenizado

R\$

Expectativa de perda

Objeto da reclamação (detalhar o procedimento que ocasionou a reclamação, o dano alegado pelo reclamante, a conduta do profissional e demais informações relevantes)

Nº e foro do processo

Status do processo (Ex. Em andamento | Aguardando perícia | Encerrado)



REPORTE DE RECLAMAÇÕES

Local e Data

Nome e Cargo

Assinatura

Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://portal.digiforte.com.br/validate/SA6M5-L74H8-2A9Y4-39AVC>





MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: SA6M5-L74H8-2A9Y4-39AVC

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ JOSE CARLOS RIZOLI (CPF ***.893.228-**) em 11/03/2024 09:43 - Assinado com certificado digital ICP-Brasil

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://portal.digiforte.com.br/validate/SA6M5-L74H8-2A9Y4-39AVC>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://portal.digiforte.com.br/validate>