**1. Seguro Pretendido:** Informe três alternativas de Limite Máximo de Garantia (LMG) pretendido, em reais:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Alternativa 1: |  | Alternativa 2: |  | Alternativa 3: |  |

Caso possua informações do Período de Vigência, Franquia / POS e Data Retroativa pretendidas, informe:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Per. Vigência: |  | à: |  | Data Retroativa: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Franquia/POS: |  |

**2. Dados do Proponente:** Informe os dados cadastrais do médico proponente do seguro

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CPF: |  | Data Nasc.: |  | No do Reg. Profissional: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cidade: |  | Estado: |  | CEP: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| e-mail: |  | Tel: |  | Cel: |  |

**3. Área(s) de Atuação:** Informe em quais áreas da medicina o profissional acima atua, independente de ostentar título de especialista ou não. Assinale quantos campos forem aplicáveis.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Acupuntura |  | Alergia e Imunologia |  | Anestesiologia |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Angiologia |  | Cancerologia / Oncologia |  | Cardiologia |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cirurgia Cardiovascular |  | Cirurgia de Mão |  | Cirurgia de Cabeça e Pescoço |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Cirurgia do Aparelho Digestivo (Exceto Cirurgia Bariátrica) |  | Cirurgia Bariátrica |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cirurgia Geral |  | Cirurgia Pediátrica |  | Cirurgia Plástica |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cirurgia Torácica |  | Cirurgia Vascular |  | Clínica Médica |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Coloproctologia |  | Dermatologia |  | Endocrinologia e Metabologia |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Endoscopia |  | Gastroenterologia |  | Genética Médica |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Geriatria |  | Ginecologia e Obstetrícia |  | Hematologia e Hemoterapia |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Homeopatia |  | Infectologia |  | Mastologia |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Medicina de Familia e Comun. |  | Medicina de Tráfego |  | Medicina de Urgência |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Medicina do Trabalho |  | Medicina Esportiva |  | Medicina Física e Reabilitação |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Medicina Intensiva |  | Medicina Legal e Per. Médica |  | Medicina Nuclear |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Medicina Preventiva e Social |  | Nefrologia |  | Neurocirurgia |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Neurologia |  | Nutrologia |  | Oftalmologia |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ortopedia e Traumatologia |  | Otorrinolaringologia |  | Patologia |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pat. Clínica / Med. Laboratorial |  | Pediatria |  | Pneumologia |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Psiquiatria |  | Radiologia e Diag. p/ Imagem |  | Radioterapia |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Reumatologia |  | Urologia |  | Outra(s) – Especifique abaixo: |

|  |
| --- |
|  |

**4. Atividades:** Quais atividades são realizadas pelo proponente? Assinale quantos campos forem aplicáveis.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Aplicação de Anestesia Geral, Peridural, Raquidiana ou outras anestesias que não anestesia local |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Atuação em plantões nas áreas de Pronto-Socorro, Pronto-Atendimento, Emergência ou Urgência |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Exames ou procedimentos invasivos não cirúrgicos, realizados em consultório ou clínica, sem anestesia |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Cirurgias de pequeno porte, realizadas no consultório ou clínica, com ou sem a aplicação de anestesia local |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Cirurgias realizadas em centro cirúrgico, em pacientes sob anestesia geral, regional e/ou sedação |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Partos, Cirurgias obstétricas. |

**5. Títulos e Tempo de Atuação:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| O Proponente ostenta título de especialista em alguma das áreas informadas? |  |  | SIM |  | NÃO |

|  |  |
| --- | --- |
| Em caso afirmativo, em quais: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Em que mês e ano o Proponente iniciou sua atuação profissional na área da saúde? |  |

**6. Chefe de Equipe:** O Proponente atua como chefe de equipe médica ou responsável clínico/ médico?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SIM |  | NÃO | Em caso afirmativo, informe o nome das instituições: |  |

**7. Extensão PJ:** O Proponente deseja que o seguro ora pretendido estenda-se à sua pessoa jurídica?

Entende-se por “pessoal Jurídica do Proponente” entidade constituída unicamente por ele, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas-CNPJ, da qual o Proponente seja o único titular, com 100% do Capital Social

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SIM |  | NÃO | Em caso afirmativo, especifique CNPJ: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| O Proponente ou sua Pessoa Jurídica, se indicada acima, já foi alvo reclamação |  |  | SIM |  | NÃO |
| por falha na prestação de serviços profissionais na área da saúde no passado? |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| O Proponente possui conhecimento de qualquer fato ou circunstância dentro |  |  | SIM |  | NÃO |
| período de retroatividade proposto, que possa gerar uma reclamação no futuro? |  |  |  |  |  |

Caso a resposta para qualquer uma das respostas acima tenha sido “SIM”, por favor preencha o ANEXO 1.

**9. Declaração:** O proponente, seu representante legal ou seu corretor de seguros, infra-assinado, declara que todas as informações ora fornecidas são verdadeiras, completas e fornecidas em boa-fé, sob pena do disposto nos Arts. 765 e 766 do Código Civil. Declara ainda, estar ciente que:

1. Deverá informar a seguradora imediatamente caso as informações ora prestadas sofram alterações, antes ou após a eventual emissão da apólice pela Seguradora;
2. A Seguradora poderá, a qualquer momento, caso julgue necessário, solicitar informações adicionais e/ou verificar a veracidade das informações fornecidas;
3. A relação de seguro, caso se concretize, será regida pelas Condições Contratuais do Seguro de RC Profissional para Indivíduos da área da Saúde da AIG Seguros Brasil S.A, das quais tomou conhecimento;
4. Uma vez concretizada a relação de seguro, o presente questionário, juntamente com eventuais anexos e demais documentos pertinentes à relação de seguro, passarão a integrar a Apólice, para todos os efeitos de análise de risco, legais e de cobertura securitária.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nome Completo |  | Cargo |
|  |  |  |
| (local e data) |  | Assinatura |

|  |
| --- |
| ANEXO I – HISTÓRICO DE RECLAMAÇÕES |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nome da Parte Reclamante | Nome da Parte Reclamada | Breve Descrição do Ocorrido | Data do ato ou fato | Data da Reclamação | Tipo de Reclamação | Valor demandado | Valor de fato indenizado | Valor custos de defesa | Situação Atual da Demanda |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Caso o espaço seja insuficiente, anexe informação adicional em folha separada.