**UNIMED RCP DA ÁREA DA SAÚDE**

**Seguro de Responsabilidade Civil Profissional da área da Saúde**

[ ]  *Notificações (atos, fatos ou circunstâncias que possam gerar uma Reclamação contra o Segurado no futuro)*

[ ]  *Reclamações (ações judiciais, extrajudiciais ou outras demandas pecuniárias contra o segurado)*

[ ]  *Despesas Emergenciais*

NOME / RAZÃO SOCIAL CPF / CNPJ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|        |  |       |
| Nº DA APÓLICE / CERTIFICADO  | ESPECIALIDADE(S) SEGURADA(S) |  |
|       |  |        |
| DDD |  | TELEFONE\* |  | DDDD |  | CELULAR\* |  | E-MAIL\* |   | Nº REGISTRO (CRM, CRO) |
|      |  |        |  |      |  |        |  |        |  |       |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE PRESTOU O SERVIÇO:** [ ]   O PRÓPRIO SEGURADO [ ]   OUTROS, ESPECIFIQUE |
| NOME CPF |
|       |  |        |
| ESPECIALIDADE(S) E ÁREA(S) DE ATUAÇÃO |  |  Nº REGISTRO (CRM, CRO) |
|       |  |        |
| \*PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIOVÍNCULO COM A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE: [ ]   EMPREGADO [ ]   AUTÔNOMO [ ]   LOCATÁRIO DE ESPAÇO [ ]   OUTROS | ESPECIFIQUE:                      |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**NOME | DATA DE INTERNAÇÃO  | CPF |
|       |  |       |  |       |
| E-MAIL |  | DDD TELEFONE |  |  DDD CELULAR |
|        |  |      |  |       |  |      |  |       |

**INFORMAÇÕES DO EVENTO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA |  |  HORÁRIO |  |  LOCAL |  |  |
|       |  |        |  |        |  |
| **LOCAL DO FATO:**  **[ ]**   **HOSPITAL [ ]**  **CLÍNICA**  |  **CONSULTÓRIO [ ]**  **LABORATÓRIO [ ]**   **OUTROS, ESPECIFIQUE:**                           |
| O termo de responsabilidade ao internar foi assinado? | [ ]   SIM | [ ]   NÃO |
| Em caso de alta hospitalar, o consentimento de alta com as orientações foi assinado? | [ ]   SIM | [ ]   NÃO |
| O termo de consentimento inerente ao fato | procedimento relatado foi assinado? | [ ]   SIM | [ ]   NÃO |
| O fato está registrado em prontuário médico? | [ ]   SIM | [ ]   NÃO |

**DESCRIÇÃO DETALHADA DO FATO**

|  |
| --- |
|       |
|       |
|       |
|       |

**OUTROS SEGUROS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| O SEGURADO POSSUI OUTRA APÓLICE QUE GARANTA A COBERTURA DOS FATOS DESCRITOS NESTE FORMULÁRIO? | [ ]   **NÃO** | [ ]   **SIM ²** |
| ² SE SIM, ESPECIFIQUE AS INFORMAÇÕES ABAIXO: |
| SEGURADORA       | Nº DA APÓLICE       | PERÍODO DE VIGÊNCIA       | IMPORTÂNCIA SEGURADA R$       |



**INFORMAÇÃO SOBRE A RECLAMAÇÃO FORMAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **JÁ FOI CITADO JUDICIALMENTE EM RELAÇÃO A ESSE SINISTRO?** | [ ]   **NÃO** | [ ]   **SIM** |
| DATA DA CITAÇÃO:       | Nº DO PROCESSO:       | FÓRUM:       |
|  |
| OBJETO DA AÇÃO (RESUMO DA RECLAMAÇÃO):       |
|  |
| VALOR ENVOLVIDO: R$       | SITUAÇÃO ATUAL DO PROCESSO:       |
|  |
| **EXPECTATIVA DE PERDA:**  **[ ]**   **REMOTA [ ]**   **POSSÍVEL [ ]**   **PROVÁVEL** |
| **JUSTIFIQUE A SUA EXPECTATIVA DE PERDA:** |
|       |
|       |
| QUEM EFETUOU A RECLAMAÇÃO FORMAL? **[ ]**   O PRÓPRIO SEGURADO **[ ]**   OUTROS,ESPECIFIQUE: |
| NOME:       | PARENTESCO COM O PACIENTE:       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LOCAL E DATA |  | ASSINATURA |
|                                                              |  |   |

