**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 OBRIGATÓRIO  VÍNCULO 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 |
|  |  |  |

