

Revisado em abril de 2021 **Para gestantes e parturientes**

Requisitos para a compensação

Serão compensados àqueles que se enquadrarem em todos os itens 1 a 3 a seguir.

	Bebês nascidos entre 2015 e 2021	Bebês nascidos após 2022
1	Bebês com idade gestacional de 32 semanas ou mais, com peso de nascimento de 1,4 quilos ou mais; ou idade gestacional de 28 semanas ou mais, sob determinadas condições	Idade gestacional de 28 semanas ou mais
2	Paralisia cerebral equivalente a deficiência física de 1º ou 2º grau	
3	Paralisia cerebral não associada a fatores congênitos ou neonatais	

Conteúdo da compensação

Um **total de 30 milhões de ienes** será pago como compensação, incluindo os pagamentos único e parcelado.

Período de solicitação da compensação

A partir da data em que a criança completar 1 ano, até a data em que a mesma completar 5 anos.

*No entanto, se o estado for extremamente grave, sendo possível diagnosticar a criança, a compensação poderá ser solicitada a **partir dos 6 meses de idade**.

Para verificar os termos e condições do sistema de compensação, acesse o URL ou código QR abaixo.

 <http://www.sanka-hp.jcqhc.or.jp/documents/agreement/index.html>



* Se não for possível conferir os termos e condições via internet, entre em contato com nossa instituição ou pela central de atendimento exclusiva do sistema de compensação.

* As despesas dos serviços de comunicação decorrentes da navegação e download estarão sob responsabilidade do usuário.

Certificado de registro do sistema de compensação para assistência obstétrica

* Caso tenha concluído o registro do presente parto em outra instituição, preencha o número de controle da gestante e parturiente registrado. Ao se registrar, o "número de controle da gestante e parturiente registrado" será priorizado.

Número de controle da gestante e parturiente	020000001X
*Número de controle da gestante e parturiente registrado	

[Sobre o sistema de compensação para assistência obstétrica]

Este sistema visa prevenir e resolver conflitos e melhorar a qualidade do atendimento obstétrico, compensando imediatamente o ônus econômico das crianças, bem como seus familiares, que sofreram paralisia cerebral grave causada pelo trabalho de parto, analisando as causas e fornecendo informações que contribuam para a prevenção da recorrência de casos semelhantes.

Campo de preenchimento da gestante/parturiente		Por favor, preencha o quadro de borda espessa abaixo. Este certificado de registro é autocopiativo. Por favor, use uma caneta esferográfica e escreva com traços fortes.	
Name			
Furigana (Syllabic characters)	キコウ	ハナコ	
Surname (family name)		Name (first name)	
N o m e	KIKOU	HANAKO	
Birthday			
Data de nascimento	Dia/Mês/Ano 23 / 1 / 1990		
Phone number			
Telefone	090 — 2222 — 222X		
* De preferência, informe o seu telefone celular.			
Date of registration			
Data de registro (Data de emissão do certificado de registro)	Data Dia/Mês/Ano 1 / 12 / 20 21		
Due date			
Data prevista para o parto	Data Dia/Mês/Ano 1 / 7 / 20 22		
*Se estiver preenchendo após o parto, preencha a data exata do parto. No entanto, no caso de transferência (certificado de registro emitido em outra instituição), preencha a data prevista.			
Number of expected births			
Número de fetos	1	Feto(s) *Por favor, preencha o número de fetos previstos para o presente parto. Ex.) No caso de gêmeos, preencha "2 fetos".	

Sobre as gestantes e parturientes a serem registradas no sistema de compensação para assistência obstétrica

Todas as gestantes e parturientes que terão seus partos em instituições obstétricas (hospitais, clínicas e casas de parto) aderidas ao sistema de compensação para assistência obstétrica, são elegíveis ao sistema e devem fazer o registro.

Este certificado de registro indica que o sistema será aplicável, caso o parto seja realizado em nossa instituição.



- Após preencher o formulário, por favor, apresente à nossa instituição o quanto antes. Este certificado de registro será entregue como seu comprovante.
- Guarde este certificado de registro com cuidado por 5 anos após o parto, anexando-o à caderneta de saúde da mãe e da criança, etc.
- No caso de transferência para outra instituição obstétrica, não deixe de apresentar este certificado de registro à instituição para onde irá se transferir.

Nome corporativo / instituição obstétrica

Número de controle da instituição obstétrica

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Informações de contato

Telefone exclusivo para consultas sobre o sistema de compensação para assistência obstétrica

 **0120-330-637**

Horário de atendimento : 9h às 17h (exceto nos sábados, domingos, feriados e fim e início de ano)



Conselho da Qualidade de Assistência Médica do Japão
Japan Council for Quality Health Care

Site do sistema de compensação para assistência obstétrica
<http://www.sanka-hp.jcqhc.or.jp/>

sanka jqhc



Logotipo do sistema de compensação para assistência obstétrica