

Anexo V - Formulário Inquérito de Seguro Escolar (Genérico) - Frente

**SECRETARIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA**  
AÇÃO SOCIAL ESCOLAR

**SEGURO ESCOLAR**  
**INQUÉRITO DE ACIDENTE ESCOLAR**

1. Estabelecimento de ensino: \_\_\_\_\_  
Freguesia: \_\_\_\_\_  
Concelho: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO**

2. Nome do aluno: \_\_\_\_\_  
3. Acidente nº ...../...../.....  
(numeração da DE/Estab. de Ensino)  
4. N° Sistema/Sub-sistema de saúde/Outro: \_\_\_\_\_  
5. Número 6. Turma 7. Ano 8. Curso 9. Idade 10. Sexo M   
F   
11. Horário do aluno no dia do acidente  
Das.....h às .....h  
12. Residência: \_\_\_\_\_  
13. Distância entre a morada do aluno  
e a escola  
|\_|\_|\_|\_| M / KM

**DADOS RELATIVOS AO ACIDENTE**

14. Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 15. Hora \_\_\_h\_\_\_m 16. As autoridades foram avisadas? Sim  Não   
17. Pessoa que preveniu a família: \_\_\_\_\_ 18. Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 19. Hora \_\_\_h\_\_\_m  
20. Funcionário que acompanhou o aluno: \_\_\_\_\_  
21. Observações: \_\_\_\_\_  
22. Professor responsável pela actividade escolar: \_\_\_\_\_ 23. Presente no local e momento do acidente?  
Sim  Não   
24. Responsabilidade: Indeterminada  Próprio  Terceiros   
Nome e morada do terceiro: \_\_\_\_\_  
25. Testemunhas: Professor  Aluno  Outro   
Nome das testemunhas: \_\_\_\_\_  
26. Descrição do acidente: \_\_\_\_\_  
27. Quem prestou os primeiros socorros? \_\_\_\_\_  
28. Que medidas de prevenção poderiam ter evitado o acidente? \_\_\_\_\_  
29. O acidente ocorreu devido a deficiências nas instalações? Sim  Não   
Quais? \_\_\_\_\_  
30. Houve transgressão de normas, instruções ou ordens? Sim  Não   
Quais? \_\_\_\_\_

**ANÁLISE DO ACIDENTE**

31. Local do acidente	No estabelecimento de ensino						Fora do Est. Ensino	
	Sala de Aula <input type="checkbox"/>	Recreio <input type="checkbox"/> Ginásio <input type="checkbox"/>	Oficinas <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/>	Instalações sanitárias <input type="checkbox"/>	Escadas ou corredores <input type="checkbox"/>	Outro local na escola <input type="checkbox"/>	Trajetos de e para a escola <input type="checkbox"/>	Outro local : <input type="checkbox"/>
32. Atividade escolar	Aula / Activ. Curricular <input type="checkbox"/>	Tempo livre na escola <input type="checkbox"/>	Entrada ou saída da escola <input type="checkbox"/>	Visita de estudo ou excursões <input type="checkbox"/>	Desporto escolar <input type="checkbox"/>	Percurso <input type="checkbox"/>	Outra actividade: <input type="checkbox"/>	
33. Causas do acidente	Queda do sinistrado <input type="checkbox"/>	Choque ou ofensa corporal involunt. <input type="checkbox"/>	Ofensa corporal voluntária <input type="checkbox"/>	Introdução de corpos estranhos <input type="checkbox"/>	Objetos ( queda de, manipulação de), entalões <input type="checkbox"/>	Queimaduras <input type="checkbox"/>	Intoxicação <input type="checkbox"/>	Outras causas : <input type="checkbox"/>
34. Lesão sofrida	Qual o tipo de lesão provável?							
	Cabeça <input type="checkbox"/>	Olhos <input type="checkbox"/>	Dentes <input type="checkbox"/>	Tronco <input type="checkbox"/>	Membros superiores <input type="checkbox"/>	Múltiplas <input type="checkbox"/>		
	Face <input type="checkbox"/>	Nariz <input type="checkbox"/>	Pescoço <input type="checkbox"/>	Membros inferiores <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>			
35. Para que Hospital ou Centro de Saúde foi enviado o aluno? _____								