

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.º Sistema/Sub-sistema de saúde/Outro: _____						11. Horário do aluno no dia do acidente Das.....h àsh	
5. Número	6. Turma	7. Ano	8. Curso	9. Idade	10. Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	17. Pessoa que preveniu a família: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
24. Responsabilidade: Indeterminada <input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Terceiros <input type="checkbox"/>					
Nome e morada do terceiro: _____					
25. Testemunhas: Professor <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>					
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: _____
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: _____	
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: _____
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? _____