

MINISTÉRIO  
DA EDUCAÇÃO

ACÇÃO SOCIAL ESCOLAR  
Seguro Escolar  
Inquérito de Acidente Escolar

Código do Estabelecimento

Oficial   
Particular / Cooperativo   
N.º de Alvará   
N.º Autorização Definitiva   
N.º Autorização Provisória   
N.º de Processo

BLOCO II

Mod. DREL/ASE-SENº 1/94

ANO ESCOLAR 20 /

Direcção Regional de Educação: \_\_\_\_\_  
Estabelecimento de Ensino: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_  
Código Postal:  -   
Telefone:  Fax:

1. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

NOME DO ALUNO: _____						ACIDENTE N.º <input type="text"/> (numeração do estabel. de ensino)
NUMERO	TURMA	ANO	NIVEL DE ENSINO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Horário do aluno no dia do acidente das ____ h às ____ h
Endereço do aluno: _____						Distância entre a morada do aluno e a escola <input type="text"/> m/Km

DADOS RELATIVOS AO ACIDENTE:

DATA __/__/__	HORA __ h __ m	O professor responsável pela actividade escolar estava presente no momento do acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
RESPONSABILIDADE	<input type="checkbox"/> Indeterminada	<input type="checkbox"/> Do próprio	<input type="checkbox"/> De terceiro	TESTEMUNHAS <input type="checkbox"/> Professor <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro
Nome do terceiro: _____	Endereço: _____	Idade: _____	Nome: _____ Nome: _____	
HOUE TRANSGRESSÃO DE NORMAS, INSTRUÇÕES OU ORDENS? QUAIS? _____				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: _____ _____ _____				
PARECER DO ESTABELECIMENTO DE ENSINO FACE À RESPONSABILIDADE DO ACIDENTE: _____				
O ACIDENTE OCORREU DEVIDO A:				
Deficiências nas Instalações?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quais? _____	
Falta de vigilância?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	_____	
Outros: _____				
QUE MEDIDAS PODERIAM TER EVITADO O ACIDENTE? _____				

2. ANÁLISE DO ACIDENTE

LOCAL DO ACIDENTE/ ACTIVIDADE ESCOLAR	<input type="checkbox"/> Sala de aula	<input type="checkbox"/> Recreio/pátios	<input type="checkbox"/> Ginásio/sala de Ed. Física
	<input type="checkbox"/> Instalações sanitárias	<input type="checkbox"/> Oficinas	<input type="checkbox"/> Laboratório
	<input type="checkbox"/> Escadas/corredores	<input type="checkbox"/> Outro local da escola	<input type="checkbox"/> Trajecto normal casa/escola (a)
	<input type="checkbox"/> Visita de estudo/excursão	<input type="checkbox"/> Desporto escolar	<input type="checkbox"/> Outro local / actividade
CAUSAS DO ACIDENTE	<input type="checkbox"/> Choque ou ofensa corporal involuntária	<input type="checkbox"/> Queda do sinistrado	
	<input type="checkbox"/> Objectos (queda de, manipulação de), entalões	<input type="checkbox"/> Queimaduras	
	<input type="checkbox"/> Introdução de corpos estranhos	<input type="checkbox"/> Intoxicação	
	<input type="checkbox"/> Ofensa corporal voluntária	<input type="checkbox"/> Outras causas	
CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE			
LOCALIZAÇÃO DA LESÃO	<input type="checkbox"/> Crânio	<input type="checkbox"/> Nariz	<input type="checkbox"/> Membros inferiores
	<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Dentes	<input type="checkbox"/> Tronco
	<input type="checkbox"/> Olhos	<input type="checkbox"/> Membros superiores	<input type="checkbox"/> Múltiplos
PARA QUE HOSPITAL FOI ENVIADO O ALUNO?	SISTEMA/SUB-SISTEMA DE SAÚDE	NÚMERO DE BENEFICIÁRIO <input type="text"/>	

