

**SECRETARIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA**  
 DIRECÇÃO REGIONAL DE PLANEAMENTO E RECURSOS EDUCATIVOS  
 DIVISÃO DE ACÇÃO SOCIAL ESCOLAR

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

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

**IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO**

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

**DADOS RELATIVOS AO ATROPELAMENTO**

14. Local do acidente: _____		15. Data _ / _ / _	16. Hora _ h _ m
17. Entidade que tomou conta da ocorrência: _____			
18. Ocorreu no percurso normal Escola-Casa-Escola?      Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
19. O aluno deslocava-se: <input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Acompanhado por familiar maior <input type="checkbox"/> Acompanhado por pessoa maior não familiar			
20. A que distância aproximada da residência I _   _   _   _   M / KM			
21. A que distância aproximada da escola? I _   _   _   _   M / KM			

**IDENTIFICAÇÃO DO ATROPELANTE**

22. Nome: _____		23. Estado Civil: _____	
24. Nº Licença de condução: _____			
25. Entidade emissora: _____			
26. Nº de matrícula do veículo: I _   _   _   _   _   _   _   _		29. Tipo de veículo: _____	
30. Marca: _____		31. Modelo: _____	
32. Danos causados pelo acidente: _____			
33. Nome do proprietário do veículo: _____			
34. Endereço: _____			
35. Companhia de seguros do veículo interveniente: _____			
36. Nº da apólice: _____			
37. Causas prováveis do acidente: _____			
38. Testemunhas:			
Nome: _____		Telf: _____	
Endereço: _____			
Nome: _____		Telf: _____	
Endereço: _____			
Nome: _____		Telf: _____	
Endereço: _____			

39. 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"/>		

40. Para que Hospital ou Centro de Saúde foi enviado o aluno? \_\_\_\_\_

41.

**CONSULTE O REGULAMENTO DO SEGURO ESCOLAR**

O acidente de trajecto em que se verifique atropelamento do aluno só se considera escolar quando cumulativamente:

- a) ocorrer no percurso normal para o local da actividade escolar ou no regresso desta;
- b) ocorrer no período de tempo imediatamente anterior ao início ou imediatamente posterior ao termo da actividade escolar, dentro do período de tempo necessário para o percurso;
- c) o aluno seja menor e não esteja acompanhado de adulto obrigado à sua vigilância;
- d) imputável ao aluno devido a culpa sua, ainda que parcial;
- e) participado às autoridades policiais competentes.

42.

**ESBOCE O TRAÇADO DA VIA E AS POSIÇÕES RELATIVAS DOS INTERVENIENTES NO ACIDENTE, INDICANDO A DISTÂNCIA E IDENTIFICANDO PESSOAS E VEÍCULOS**

Participar imediatamente às autoridades competentes, independentemente das circunstâncias em que o acidente tiver ocorrido.

A falta deste requisito implica a rejeição da responsabilidade por parte da Secretaria Regional de Educação e Cultura.

43. Data  ____/____/____	44. O Responsável/O Professor	45. Assinatura e carimbo O Director ou Presidente do Conselho Executivo
--------------------------------	-------------------------------	--

Nota: 1. Antes de preencher este impresso deverá consultar as normas relativas ao seguro escolar

2. Boletim a remeter à DRPRE - DASE no prazo de cinco dias úteis após o acidente.

3. Caso seja necessário, anexar outros elementos relevantes para a análise do processo.