



INSTITUTO DE SOCORROS A NÁUFRAGOS

A entregar na autoridade competente, no prazo máximo de 24 horas após a ocorrência

RELATÓRIO DE SALVAMENTO

LOCAL DA OCORRÊNCIA: _____

CIDADE/ CONCELHO: _____

DATA: ____ | ____ | _____ HORA: ____ : ____ NADADOR-SALVADOR: EM SERVIÇO

FORA DE SERVIÇO

IDENTIFICAÇÃO NADADOR-SALVADOR

NOME _____

NACIONALIDADE _____ SEXO M F

MORADA _____

IDADE _____ N.º TEL.: _____

N.º NADADOR-SALVADOR _____

ASSINATURA DO NADADOR-SALVADOR _____

IDENTIFICAÇÃO DO NÁUFRAGO

NOME _____

LOCAL DE RESIDÊNCIA _____

CÓDIGO POSTAL _____

NACIONALIDADE _____

IDADE _____ SEXO M F

INCIDENTE

TIPO DE INCIDENTE

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SALVAMENTO | <input type="checkbox"/> ILESO |
| <input type="checkbox"/> 1.º SOCORROS | <input type="checkbox"/> FERIDO |
| <input type="checkbox"/> BUSCA | <input type="checkbox"/> MORTO |
| <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ | <input type="checkbox"/> DESAPARECIDO |

CARACTERÍSTICAS DO LOCAL

- | | |
|--|--|
| ÁREA MARÍTIMA: | ZONA FLUVIAL: |
| <input type="checkbox"/> PRAIA VIGIADA | <input type="checkbox"/> PRAIA FLUVIAL VIGIADA |
| <input type="checkbox"/> PRAIA NÃO VIGIADA | <input type="checkbox"/> PRAIA FLUVIAL NÃO VIGIADA |
| <input type="checkbox"/> FALÉSIA | |
| <input type="checkbox"/> ROCHOSA | <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ |

OCUPAÇÃO NO MOMENTO DO ACIDENTE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NATAÇÃO | <input type="checkbox"/> MERGULHO EM APNEIA |
| <input type="checkbox"/> BODYBOARD / SURF | <input type="checkbox"/> MERGULHO COM GARRAFA |
| <input type="checkbox"/> SALTOS PARA A ÁGUA | <input type="checkbox"/> PESCAR EM TERRA |
| <input type="checkbox"/> EMBARCAÇÃO | <input type="checkbox"/> ANDAR / CORRER |
| <input type="checkbox"/> OUTRA: _____ | |

CAUSAS PROVÁVEIS DO ACIDENTE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CORRENTES | <input type="checkbox"/> LESÃO TRAUMÁTICA |
| <input type="checkbox"/> NADAR MAL | <input type="checkbox"/> PICADAS |
| <input type="checkbox"/> CANSAÇO/ EXAUSTÃO | <input type="checkbox"/> REAÇÃO ALÉRGICA |
| <input type="checkbox"/> DOR PRECORDIAL | <input type="checkbox"/> INSOLAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> FALHA DE EQUIPAMENTO | <input type="checkbox"/> CRIANÇA PERDIDA |
| <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO: | <input type="checkbox"/> CÁIBRA |

CONDIÇÕES AMBIENTAIS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> VENTO FRACO | <input type="checkbox"/> MÁ VISIBILIDADE |
| <input type="checkbox"/> VENTO MODERADO | <input type="checkbox"/> MÉDIA VISIBILIDADE |
| <input type="checkbox"/> VENTO FORTE | <input type="checkbox"/> BOA VISIBILIDADE |
| <input type="checkbox"/> CORRENTE FORTE | <input type="checkbox"/> MARÉ ENCHENTE |
| <input type="checkbox"/> CORRENTE MÉDIA | <input type="checkbox"/> MARÉ VAZANTE |
| <input type="checkbox"/> CORRENTE FRACA | |
| <input type="checkbox"/> ONDULAÇÃO ATÉ 1 metro | <input type="checkbox"/> BANDEIRA VERDE |
| <input type="checkbox"/> ONDULAÇÃO 1 a 2 metros | <input type="checkbox"/> BANDEIRA AMARELA |
| <input type="checkbox"/> ONDULAÇÃO 2a 3 metros | <input type="checkbox"/> BANDEIRA VERMELHA |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> SEM BANDEIRA |

INTERVENÇÃO

MEIO(S) ENVOLVIDO(S)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NENHUM EQUIPAMENTO | <input type="checkbox"/> EMBARCAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> CINTO DE SALVAMENTO | <input type="checkbox"/> MOTA DE ÁGUA |
| <input type="checkbox"/> BOIA TORPEDO | <input type="checkbox"/> MOTO 4x4 |
| <input type="checkbox"/> BOIA CIRCULAR | <input type="checkbox"/> VIATURA 4x4 |
| <input type="checkbox"/> PRANCHA | <input type="checkbox"/> GOES |
| <input type="checkbox"/> OUTRO _____ | |

ENTIDADES QUE PRESTARAM ASSISTÊNCIA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> INEM | <input type="checkbox"/> GNR |
| <input type="checkbox"/> BOMBEIROS | <input type="checkbox"/> PSP |
| <input type="checkbox"/> POLÍCIA MARÍTIMA | <input type="checkbox"/> VIATURA AMAROK |
| <input type="checkbox"/> ESTAÇÃO SALVA-VIDAS | <input type="checkbox"/> NADADOR-SALVADOR |
| <input type="checkbox"/> PARTICULAR: _____ | |

EVACUAÇÃO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> INEM | <input type="checkbox"/> EMBARCAÇÃO DA CAPITANIA |
| <input type="checkbox"/> BOMBEIROS | <input type="checkbox"/> VIATURA DA CAPITANIA |
| <input type="checkbox"/> HELICÓPTERO FAP | <input type="checkbox"/> VIATURA PARTICULAR |
| <input type="checkbox"/> HELICÓPTERO CNBCP | <input type="checkbox"/> NÃO FOI NECESSÁRIA |

FIM DO INCIDENTE (HORA) _____ :

RECUSA DE TRATAMENTO*

Eu, _____, com BI/CC n.º _____, declaro que, após ter tomado conhecimento dos riscos decorrentes da minha decisão, recuso receber tratamento e ser transportado até à unidade de saúde.

Assinatura: _____

* No caso de menores de 18 anos, ou adultos legalmente "incapazes" de tomar essa decisão, o tratamento deve ser sempre prestado.

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS



IDENTIFICAÇÃO DE TESTEMUNHAS

NOME _____
MORADA _____
CÓDIGO POSTAL _____
IDADE _____ Nº Telef. _____ SEXO M F NACIONALIDADE _____
ASSINATURA _____

NOME _____
MORADA _____
CÓDIGO POSTAL _____
IDADE _____ Nº Telef. _____ SEXO M F NACIONALIDADE _____
ASSINATURA _____

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÃO AOS FAMILIARES

PESSOALMENTE

- SIM
 NÃO
 OUTRO: _____

TELEFONICAMENTE

- SIM
 NÃO
 OUTRO: _____

COMUNICAÇÃO SOCIAL

INFORMADA

- SIM NÃO

RELATÓRIO DA AUTORIDADE COMPETENTE

O responsável
