



MEDIDAS DE AUTOPROTEÇÃO

# PLANO FAMILIAR de EMERGÊNCIA

PARA SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE

VERSÃO 1



FAMÍLIA

MORADA

LOCALIZAÇÃO GPS DA HABITAÇÃO (coordenadas)

ANO/MÊS DE ELABORAÇÃO

#### INSTRUÇÕES PARA A FAMÍLIA

1. Preencha este documento em formato digital, ou em alternativa, em papel.
2. Guarde o ficheiro em formato digital, partilhando com todos os elementos da família.
3. Guarde uma cópia impressa junto ao Kit de Emergência.
4. Afixe uma cópia dos "Contactos de Emergência" e do "Guia Rápido" num local visível da sua habitação.
5. Reveja e treine os conteúdos deste plano em família, pelo menos, uma vez por ano, atualizando sempre que existam alterações relevantes.



***A preparação é a nossa melhor defesa.***



## ÍNDICE

1.



Introdução  
e objetivos

7.



Ações  
por fase

2.



Identificação  
dos riscos

8.



Evacuação  
da habitação

3.



Agregado familiar  
e animais

9.



Pontos  
de encontro

4.



Contactos  
de emergência

10.



Kit  
de emergência

5.



Organização  
do agregado

11.



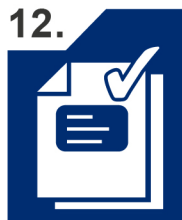
Apoio  
e formação

6.



Plano  
de emergência

12.



Validação  
e revisão



# 1.

## Introdução e objetivos

O **Plano Familiar de Emergência (PFE)** é um guia prático que ajuda a preparar todos os membros do agregado familiar para responder de forma rápida e segura a acidentes graves ou catástrofes.

Baseia-se em três pilares fundamentais: reconhecer os **riscos**, elaborar o **plano familiar** e preparar o **kit de emergência**.

Ao identificar os riscos existentes, definir procedimentos, pontos de encontro, vias de evacuação e formas alternativas de comunicação, a família fica mais preparada para atuar com rapidez e segurança quando ocorre uma emergência.



### Reconhecer os riscos:

Identifique os principais riscos existentes no seu município, como sismos, incêndios ou cheias, e compreenda de que forma podem afetar a sua habitação e a sua família.



### Elaborar o Plano Familiar de Emergência:

Defina as responsabilidades de cada elemento do agregado, as vias de evacuação, os pontos de encontro e os procedimentos a adotar em caso de emergência.



### Preparar o Kit de Emergência:

Reúna os bens essenciais para garantir a autonomia da família durante, pelo menos, 72 horas, permitindo responder à interrupção de serviços essenciais ou a uma evacuação.

Este plano **aplica-se a todos** os membros do **agregado familiar**, incluindo crianças, idosos, pessoas com necessidades específicas e animais de estimação, promovendo uma cultura de prevenção, preparação, resposta rápida e autonomia perante situações de emergência.





## 2.

### Identificação dos riscos

**Identifique os riscos** que podem afetar a sua área de residência e assinale a respectiva **probabilidade de ocorrência**.

| RISCOS                           | Pode ocorrer             | Probabilidade            |                          |                          |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                  |                          | Baixa                    | Média                    | Elevada                  |
| Sismos                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cheias/Inundações                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tsunamis                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tempestades                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ondas de calor                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vagas de frio                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deslizamentos de terra           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Incêndios rurais                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Acidentes de poluição            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Incêndios na habitação           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fugas de gás                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falhas de energia elétrica       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Acidentes com matérias perigosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falhas no abastecimento de água  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outro: <input type="text"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



# 3.

## Agregado familiar e animais

Identifique todos os **membros** que constituem o seu **agregado familiar**.

1.

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| NOME                 |                      | DATA DE NASCIMENTO   |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| C.CIDADÃO            | N.º UTENTE SNS       | TELEF. CONTACTO      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| LIMITAÇÕES FÍSICAS   |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> |                      |                      |                      |
| PATOLOGIAS           |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> |                      |                      |                      |
| MEDICAÇÃO HABITUAL   |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> |                      |                      |                      |

2.

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| NOME                 |                      | DATA DE NASCIMENTO   |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| C.CIDADÃO            | N.º UTENTE SNS       | TELEF. CONTACTO      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| LIMITAÇÕES FÍSICAS   |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> |                      |                      |                      |
| PATOLOGIAS           |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> |                      |                      |                      |
| MEDICAÇÃO HABITUAL   |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> |                      |                      |                      |

3.

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| NOME                 |                      | DATA DE NASCIMENTO   |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| C.CIDADÃO            | N.º UTENTE SNS       | TELEF. CONTACTO      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| LIMITAÇÕES FÍSICAS   |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> |                      |                      |                      |
| PATOLOGIAS           |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> |                      |                      |                      |
| MEDICAÇÃO HABITUAL   |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> |                      |                      |                      |



# 3.

## Agregado familiar e animais

### 4.

|                      |                      |                                                                                                                                   |  |
|----------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| NOME                 |                      | DATA DE NASCIMENTO                                                                                                                |  |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> |  |
| C.CIDADÃO            | N.º UTENTE SNS       | TELEF. CONTACTO                                                                                                                   |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                                                                              |  |
| LIMITAÇÕES FÍSICAS   |                      |                                                                                                                                   |  |
| <input type="text"/> |                      |                                                                                                                                   |  |
| PATOLOGIAS           |                      |                                                                                                                                   |  |
| <input type="text"/> |                      |                                                                                                                                   |  |
| MEDICAÇÃO HABITUAL   |                      |                                                                                                                                   |  |
| <input type="text"/> |                      |                                                                                                                                   |  |

### 5.

|                      |                      |                                                                                                                                   |  |
|----------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| NOME                 |                      | DATA DE NASCIMENTO                                                                                                                |  |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> |  |
| C.CIDADÃO            | N.º UTENTE SNS       | TELEF. CONTACTO                                                                                                                   |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                                                                              |  |
| LIMITAÇÕES FÍSICAS   |                      |                                                                                                                                   |  |
| <input type="text"/> |                      |                                                                                                                                   |  |
| PATOLOGIAS           |                      |                                                                                                                                   |  |
| <input type="text"/> |                      |                                                                                                                                   |  |
| MEDICAÇÃO HABITUAL   |                      |                                                                                                                                   |  |
| <input type="text"/> |                      |                                                                                                                                   |  |

### 6.

|                      |                      |                                                                                                                                   |  |
|----------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| NOME                 |                      | DATA DE NASCIMENTO                                                                                                                |  |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> |  |
| C.CIDADÃO            | N.º UTENTE SNS       | TELEF. CONTACTO                                                                                                                   |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                                                                              |  |
| LIMITAÇÕES FÍSICAS   |                      |                                                                                                                                   |  |
| <input type="text"/> |                      |                                                                                                                                   |  |
| PATOLOGIAS           |                      |                                                                                                                                   |  |
| <input type="text"/> |                      |                                                                                                                                   |  |
| MEDICAÇÃO HABITUAL   |                      |                                                                                                                                   |  |
| <input type="text"/> |                      |                                                                                                                                   |  |



# 3.

## Agregado familiar e animais

Identifique todos os **animais de companhia** do seu **agregado familiar**.

1.

|                                                                                                                                               |                                                                   |                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOME                                                                                                                                          | SEXO                                                              | DATA DE NASCIMENTO                                                                                                                                                                            |
| <input type="text"/>                                                                                                                          | <input type="button" value="F"/> <input type="button" value="M"/> | <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> - <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> - <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> |
| ESPÉCIE                                                                                                                                       | CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO ELETRÓNICA                                |                                                                                                                                                                                               |
| <input type="button" value="CÃO"/> <input type="button" value="GATO"/> <input type="button" value="OUTRA"/> <input type="text" value="QUAL"/> | <input type="text"/>                                              |                                                                                                                                                                                               |
| RAÇA                                                                                                                                          | COR                                                               | NECESSIDADES ESPECÍFICAS                                                                                                                                                                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                          | <input type="text"/>                                              | <input type="text"/>                                                                                                                                                                          |

2.

|                                                                                                                                               |                                                                   |                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOME                                                                                                                                          | SEXO                                                              | DATA DE NASCIMENTO                                                                                                                                                                            |
| <input type="text"/>                                                                                                                          | <input type="button" value="F"/> <input type="button" value="M"/> | <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> - <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> - <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> |
| ESPÉCIE                                                                                                                                       | CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO ELETRÓNICA                                |                                                                                                                                                                                               |
| <input type="button" value="CÃO"/> <input type="button" value="GATO"/> <input type="button" value="OUTRA"/> <input type="text" value="QUAL"/> | <input type="text"/>                                              |                                                                                                                                                                                               |
| RAÇA                                                                                                                                          | COR                                                               | NECESSIDADES ESPECÍFICAS                                                                                                                                                                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                          | <input type="text"/>                                              | <input type="text"/>                                                                                                                                                                          |

3.

|                                                                                                                                               |                                                                   |                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOME                                                                                                                                          | SEXO                                                              | DATA DE NASCIMENTO                                                                                                                                                                            |
| <input type="text"/>                                                                                                                          | <input type="button" value="F"/> <input type="button" value="M"/> | <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> - <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> - <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> |
| ESPÉCIE                                                                                                                                       | CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO ELETRÓNICA                                |                                                                                                                                                                                               |
| <input type="button" value="CÃO"/> <input type="button" value="GATO"/> <input type="button" value="OUTRA"/> <input type="text" value="QUAL"/> | <input type="text"/>                                              |                                                                                                                                                                                               |
| RAÇA                                                                                                                                          | COR                                                               | NECESSIDADES ESPECÍFICAS                                                                                                                                                                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                          | <input type="text"/>                                              | <input type="text"/>                                                                                                                                                                          |

4.

|                                                                                                                                               |                                                                   |                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOME                                                                                                                                          | SEXO                                                              | DATA DE NASCIMENTO                                                                                                                                                                            |
| <input type="text"/>                                                                                                                          | <input type="button" value="F"/> <input type="button" value="M"/> | <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> - <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> - <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> |
| ESPÉCIE                                                                                                                                       | CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO ELETRÓNICA                                |                                                                                                                                                                                               |
| <input type="button" value="CÃO"/> <input type="button" value="GATO"/> <input type="button" value="OUTRA"/> <input type="text" value="QUAL"/> | <input type="text"/>                                              |                                                                                                                                                                                               |
| RAÇA                                                                                                                                          | COR                                                               | NECESSIDADES ESPECÍFICAS                                                                                                                                                                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                          | <input type="text"/>                                              | <input type="text"/>                                                                                                                                                                          |



## 4.

### Contactos de emergência

#### Emergência

|                                         |              |
|-----------------------------------------|--------------|
| Número Europeu de Emergência            | 112          |
| Linha SNS 24                            | 808 24 24 24 |
| Centro de Informação Antivenenos - CIAV | 800 250 250  |
| Linha de Emergência Social              | 144          |

#### Saúde

##### NOMES

|                        |  |  |
|------------------------|--|--|
| Hospital de referência |  |  |
| Centro de Saúde/USF    |  |  |
| Farmácia habitual      |  |  |
| Médico de Família      |  |  |
| Médico Especialista    |  |  |
| Veterinário            |  |  |
|                        |  |  |

#### Proteção

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Bombeiros (Quartel local)           |  |
| Polícia (PSP/GNR local)             |  |
| Serviço Municipal de Proteção Civil |  |
|                                     |  |

#### Avarias

|                                                |  |
|------------------------------------------------|--|
| Piquete de Água                                |  |
| Piquete de Eletricidade                        |  |
| Piquete do Gás                                 |  |
| Administração de Condomínio (quando aplicável) |  |
|                                                |  |

#### Seguros

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Seguro de saúde                 |  |
| Seguro de casa                  |  |
| Seguro do carro                 |  |
| Assistência em viagem (reboque) |  |
|                                 |  |



## 4.

### Contactos de emergência

#### Familiares

| Nome | N.º Telefone | Competências |
|------|--------------|--------------|
|      |              |              |
|      |              |              |
|      |              |              |
|      |              |              |
|      |              |              |
|      |              |              |

#### Vizinhos

| Nome | N.º Telefone | Competências |
|------|--------------|--------------|
|      |              |              |
|      |              |              |
|      |              |              |
|      |              |              |
|      |              |              |
|      |              |              |

#### Amigos

| Nome | N.º Telefone | Competências |
|------|--------------|--------------|
|      |              |              |
|      |              |              |
|      |              |              |
|      |              |              |
|      |              |              |
|      |              |              |





# 5.

## Organização do agregado

Preencha o quadro com a **distribuição das tarefas**.

| Tarefas                          | Descrição                                                                                               | Familiar(es) responsável (eis) |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Kit de emergência</b>         | Garantir a revisão anual da validade dos produtos e o transporte do Kit                                 |                                |
| <b>Comunicações</b>              | Monitorizar rádio a pilhas, TV ou alertas SMS; gerir baterias ( <i>powerbanks</i> )                     |                                |
| <b>Crianças</b>                  | Preparar mochila com brinquedos de conforto, leite/papa e garantir o seu transporte                     |                                |
| <b>Idosos/Dependentes</b>        | Preparar medicação habitual, receitas, bengala, andador/cadeira de rodas e apoiar na deslocação         |                                |
| <b>Animais de companhia</b>      | Preparar transportadora, trela, ração, medicação, água e boletim sanitário do animal                    |                                |
| <b>Cortes de energia e redes</b> | Se possível, fechar as patilhas/torneiras gerais da água, gás e eletricidade antes de sair da habitação |                                |
| <b>Contactos e avisos</b>        | Realizar contactos com familiares ausentes                                                              |                                |
| <b>Trancar habitação</b>         | Garantir que todas as janelas e portas exteriores ficam fechadas e trancadas antes de sair              |                                |
| <b>Primeiros socorros</b>        | Transportar a caixa de primeiros socorros e prestar assistência inicial se necessário                   |                                |
|                                  |                                                                                                         |                                |
|                                  |                                                                                                         |                                |
|                                  |                                                                                                         |                                |



# 6.

## Plano de emergência

Assinale as **ações essenciais concluídas** pela família.

| Ação                                      | Descrição                                                                                         | Pronto (X)               |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Consultar a Proteção Civil</b>         | Identificar os riscos mais comuns na sua zona de residência                                       | <input type="checkbox"/> |
| <b>Estudar as medidas de autoproteção</b> | Garantir que todos sabem o que fazer: antes, durante e depois de cada risco                       | <input type="checkbox"/> |
| <b>Definir pontos de encontro</b>         | Escolher um local fora de casa e outro fora do bairro                                             | <input type="checkbox"/> |
| <b>Escolher o contacto remoto</b>         | Definir um familiar de fora da cidade/localidade para centralizar as mensagens                    | <input type="checkbox"/> |
| <b>Afixar os números de emergência</b>    | Colocar uma cópia da lista de contactos visível em casa e gravada nos telemóveis de todos         | <input type="checkbox"/> |
| <b>Ensinar a ligar 112</b>                | Garantir que todos os familiares sabem usar o número de emergência corretamente                   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Comprar e testar extintor ABC</b>      | Colocar um extintor ABC na habitação e ensinar todos a usá-lo                                     | <input type="checkbox"/> |
| <b>Praticar os cortes gerais</b>          | Treinar como fechar as torneiras e patilhas da água, gás e eletricidade                           | <input type="checkbox"/> |
| <b>Aprender Primeiros socorros</b>        | Ter formação básica para saber tratar de pequenos ferimentos                                      | <input type="checkbox"/> |
| <b>Copiar documentos vitais</b>           | Guardar fotocópias dos documentos numa pasta estanque e impermeável colocada no kit de emergência | <input type="checkbox"/> |
| <b>Preparar o Kit de emergência</b>       | Juntar água (3 dias), comida enlatada, lanterna, rádio e agasalhos.                               | <input type="checkbox"/> |



# 7.

## Ações por fase – GUIA RÁPIDO

### Princípios gerais

- **Manter a calma** – O pânico impede as boas decisões e assusta os mais novos.
- **Avaliar os riscos** – Olhar em redor antes de avançar para garantir que o caminho é seguro.
- **Priorizar vidas humanas** – Salvar as pessoas e animais vem sempre antes dos bens materiais.

### ANTES – Preparação e prevenção

- Cortes gerais: Ensine a família a desligar a água, gás e eletricidade.
- Extintor ABC: Coloque em casa e verifique a pressão anualmente.
- Plano Familiar de Emergência: Realize e garanta que todos os familiares o conhecem.
- Kit de emergência: Junte água (3 dias), enlatados, lanterna, rádio e medicamentos.
- Validades: Defina um lembrete semestral para inspecionar os produtos do kit.
- Plano de evacuação: Planeie duas saídas por divisão e fixe um ponto de encontro.
- Números de emergência: Afixe o 112 e o 808 24 24 24 (SNS 24) em local visível da habitação.

### DURANTE – Proteção e resposta

- Desligar as redes: Se for seguro e houver tempo, corte a água, o gás e a luz.
- Foco incêndio inicial e controlável: Utilize o extintor.
- Evacuação rápida: Agarre no Kit de emergência e saia da habitação. Não pare para recolher objetos.
- Apoio direto: Ajude crianças, idosos e pessoas com mobilidade reduzida a moverem-se para o exterior. Aplique manobras básicas de primeiros socorros se alguém ficar ferido.

### DEPOIS – Reunião familiar e avaliação de danos

- Ponto de encontro: Dirija-se imediatamente com toda a família para o local de reunião previamente combinado no exterior da habitação e efetue a contagem de todos os membros.
- Contacto com autoridades: Ligue 112 se houver feridos ou perigo ativo. Ligue o rádio do kit de emergência para ouvir os avisos e comunicados oficiais.
- Aguardar avaliação: Não volte para a sua habitação até que as autoridades declarem o edifício seguro.
- Verificação de segurança interna: Ao receber autorização para entrar, não ligue as luzes nem use fósforos (use a lanterna). Verifique o estado das canalizações e das instalações elétricas antes de voltar a ligar os quadros.
- Registo de danos: Tire fotografias e liste todos os estragos materiais para apresentar à companhia de seguros.



## 8.

### Evacuação da habitação

Para garantir uma saída rápida e segura em caso de evacuação, deve mapear a sua habitação. Utilize a grelha para desenhar a planta da sua casa, com as respetivas divisões (quartos, salas, cozinha, casas de banho, despensas/arrumos) e assinale as portas, janelas e os símbolos da legenda abaixo.

#### Simbolos a utilizar

← Rota de saída principal (caminho mais rápido)

← Rota de saída alternativa (se a principal estiver bloqueada)

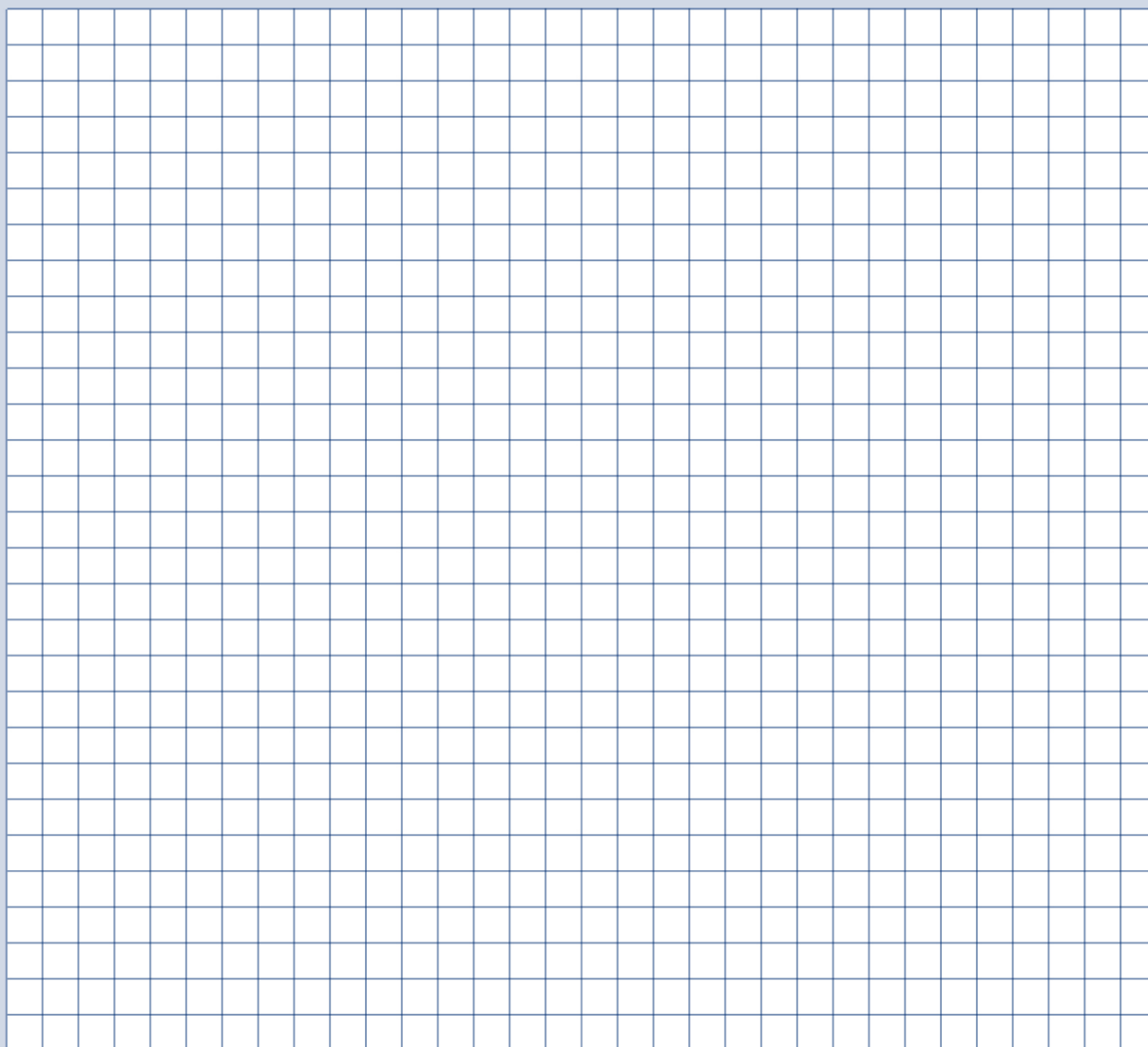
⚠ Localização do Kit de emergência

⚡ Localização do quadro elétrico geral

🔥 Localização da válvula de corte de gás

💧 Localização da torneira geral da água

#### Piso 0 / Rés-do-chão





Se a sua habitação tiver mais do que um piso utilize as grelhas seguintes para desenhar e referenciar os pisos, dando especial atenção à localização das escadas.

This image shows a full page of blank graph paper. The grid consists of small, uniform squares formed by thin, light blue lines. There are no margins, text, or other markings on the page.

This image shows a full page of blank graph paper. The grid consists of small, uniform squares formed by thin, light blue lines. There are no margins, text, or other markings on the page.



## 9.

### Pontos de encontro

#### Pontos de encontro

Depois de sair da habitação, a família pode separar-se na confusão. É vital definir previamente locais exatos onde todos se devem reunir, divididos por três cenários:

| Cenário                                                                                                   | Local de reunião escolhido                        | Observações                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ponto de Encontro Imediato</b><br>(Fora de casa – para evacuação rápida)                               | No exterior da habitação, junto a:<br><div></div> | Deve ser um local seguro e desimpedido<br>(ex.: o candeeiro da rua, o portão do vizinho).                  |
| <b>Ponto de Encontro Intermédio</b><br>(Fora do bairro/freguesia – se a zona estiver isolada ou perigosa) | <div></div>                                       | Um ponto de referência conhecido de todos (ex.: parque de estacionamento do supermercado X, escola local). |
| <b>Ponto de Encontro Externo</b><br>(Se as redes de telemóvel falharem)                                   | <div></div>                                       | casa de um familiar ou amigo que habite noutra localidade próxima.                                         |

#### Vias de evacuação

Para garantir a saída rápida e segura de todos, a família deve definir duas rotas de fuga distintas.

- **Via principal:** O caminho mais rápido e direto até à porta da habitação.
- **Via alternativa:** O caminho a seguir caso a saída principal esteja bloqueada (ex.: por fumo ou objetos).

| Tipo de via            | Descrição detalhada do percurso | Destino (ponto de encontro) |
|------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| <b>Via principal</b>   | <div></div>                     | <div></div>                 |
| <b>Via alternativa</b> | <div></div>                     | <div></div>                 |





# 10.

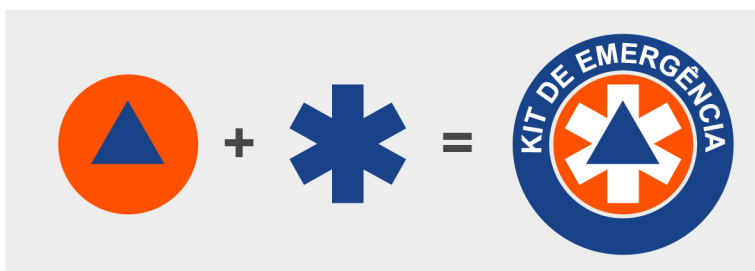
## Kit de emergência

Este kit deve ser guardado, preferencialmente, numa mochila impermeável, num local de fácil acesso perto da saída da habitação.



### Verifique

- ☐ **Documentos:** Fotocópias dos cartões de identificação (CC/Passaporte), prescrições médicas, boletins de vacinas, apólices de seguros (casa, carro e pessoais), carta de condução, contas bancárias, contactos de familiares, amigos e serviços de emergência. Todos os documentos devem ser colocados numa bolsa impermeável (cópias em papel e em formato digital).
- ☐ **Medicamentos:** Medicação SOS (analgésicos, anti-histamínicos, anti-diarreicos, laxantes), medicação diária habitual da família (para 3 dias).
- ☐ **Vestuário:** Mudanças de roupa incluindo roupa interior, meias, luvas em material resistente, calçado robusto (preferencialmente botas resistentes), boné e casaco impermeável.
- ☐ **Alimentos:** Comida enlatada (sem necessidade de fogão para confeção), chocolates ou barras energéticas, compotas ou doces de fruta, frutos secos, bolachas e 1,5 litro de água por pessoa/dia.
- ☐ **Produtos de higiene pessoal:** Papel higiénico, toalhetes húmidos, sabonete, escova de dentes e pensos higiénicos.
- ☐ **Equipamentos de comunicação:** Telemóvel, com códigos de acesso à rede, *powerbank* carregada, rádio AM/FM a dínamo ou a pilhas, apito para sinalizar e pedir ajuda.
- ☐ **Dinheiro:** Notas de pequeno valor e moedas guardadas num local seguro (as caixas Multibanco podem falhar).
- ☐ **Utensílios essenciais:** Canivete multifunções, lanterna de dínamo, espelho pequeno (para sinalização em caso de pedido de resgate, refletindo a luz solar), fósforos à prova de água, pilhas extras, fita adesiva, lona e sacos do lixo.
- ☐ **Primeiros socorros:** Estojo básico com pensos, ligaduras, antisséptico, tesoura, óculos de proteção, máscara de poeiras, manta isotérmica.





# 11.

## Apoio e formação

Consulte alguns recursos úteis disponibilizados para apoio e capacitação da família.



- **Plano Familiar de Emergência (PFE):**  
descarregar novas versões do PFE e documentos de apoio.



- **Cartaz “Plano Familiar de Emergência”**



- **Cartaz “Kit de Emergência”**



- **Caderno de sensibilização e curso:**  
Incêndios Rurais: o que fazer antes, durante e depois

Documentação sobre procedimentos em caso de:



- **Primeiros socorros**
- **Incêndios rurais**
- **Incêndios em casa**
- **Ondas de calor**
- **Sismos**
- **Cheias e inundações**





# 12.

## Validação e revisão

Este plano de emergência é um **documento dinâmico**. Para garantir que está sempre operacional e atualizado, deve preencher este registo após cada ação de verificação.

| Procedimentos                                                   | Data validação | Próxima revisão | Familiar responsável |
|-----------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|----------------------|
| Aprovação do Plano                                              |                |                 |                      |
| Conhecimento do plano por todos os membros do agregado familiar |                |                 |                      |
| Exercício de evacuação (anual)                                  |                |                 |                      |
| Verificação do Kit de emergência (semestral)                    |                |                 |                      |
| Verificação do kit de primeiros socorros (semestral)            |                |                 |                      |
| Atualização de cópias dos documentos (anual)                    |                |                 |                      |
| Atualização da lista de contactos (anual)                       |                |                 |                      |
| Inspeção do extintor (anual/validade)                           |                |                 |                      |
| Teste de pilhas e <i>powerbanks</i> (semestral)                 |                |                 |                      |
| Kit dos animais de companhia (semestral/validade da ração)      |                |                 |                      |
|                                                                 |                |                 |                      |



Este plano só é eficaz se:

- for conhecido por todos;
- for treinado;
- for atualizado.

Caso contrário, é apenas um documento

ESCOLA NACIONAL DE  
**BOMBEIROS**

a saber... **fazer!**