

Área emitente: Saúde e Bem-Estar

Página: 1 de 7

Revisão: 01

Data: 14/11/2024

MEDIF – IATA Resolução 700 ANEXO A: **DEVE SER PREENCHIDO PELO PASSAGEIRO OU RESPONSÁVEL****1. Identificação do passageiro:**

Nome:	Telefone:	Idade:
Data de nascimento:	Peso:	Altura:

**2. Itinerário:**

N. voo:	Data:	Origem:	Destino:
N. voo:	Data:	Origem:	Destino:
N. voo:	Data:	Origem:	Destino:
N. voo:	Data:	Origem:	Destino:

**3. Necessidades especiais:**

Acompanhante em virtude da enfermidade:	( ) Sim	( ) Não				
Nome do acompanhante:						
Maca a bordo:	( ) Sim	( ) Não				
Cadeira de rodas:	( ) Sim	( ) Não	Própria:	( ) Sim	( ) Não	
Motorizada:	( ) Sim	( ) Não	Bateria líquida:	( ) Sim	( ) Não	
Oxigênio a bordo	( ) Sim	( ) Não	Tem concentrador próprio:	( ) Sim	( ) Não	Litros/minuto:
OBS: A Azul não fornece oxigênio medicinal e não transporta oxigênio em cilindro.						
Ambulância:	( ) Sim	( ) Não	Já contratou:	( ) Sim	( ) Não	
Extensor de cinto	( ) Sim	( ) Não				
Comida Especial;	( ) Sim	( ) Não	Tipo:			

**4. Outras necessidades em solo:**

--

**5. Outras necessidades a bordo:**

--

**6. Declaração do passageiro ou responsável:**

Autorizo o Dr(a): \_\_\_\_\_ (médico nomeado e CRM-UF) a prestar informações, preencher a MEDIF emitir relatórios adicionais quando solicitados para o propósito indicado, e em consideração, libero-o de seu dever de confidencialidade com respeito a estas informações, e estou de acordo em cumprir com os honorários do mesmo, caso necessário. Assumo a responsabilidade por minha própria conta e risco por qualquer consequência que o transporte aéreo possa ter no meu estado de saúde e isento a transportadora, seus funcionários e agente de qualquer responsabilidade por tais consequências, especialmente (mas não limitado-a) no caso de despesas decorrentes de consequências médicas no meu estado de saúde derivadas de condições preexistentes. Também isento a transportadora de qualquer responsabilidade em relação a qualquer despesa que deva fazer em relação ao meu estado de saúde se um voo for cancelado ou atrasado por motivos de segurança ou força maior. Concordo em reembolsar a transportadora mediante solicitação por quaisquer despesas ou custos especiais relacionados com o meu transporte. Eu aceito que a transportadora pode negar o meu embarque se a minha condição for incompatível com os dados fornecidos ou se meu transporte possa pôr em perigo os outros passageiros, a operação de voo ou a minha própria saúde. Eu libero a transportadora e seus funcionários de qualquer responsabilidade em relação a quaisquer consequências para o meu estado de saúde durante ou por consequência do transporte aéreo.

Local:	Data:	Assinatura do passageiro ou responsável:	CPF ou passaporte ou RNE:
--------	-------	--	---------------------------

Área emitente: Saúde e Bem-Estar

Página: 2 de 7

Revisão: 01

Data: 14/11/2024

MEDIF - IATA Resolução 700 Anexo B parte I: **DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO (A)****1. Identificação do paciente:**

Nome:		Idade:	
Data de nascimento:	Peso:	Altura:	Sexo:

**2. Identificação do médico:**

Nome:	CRM e Estado:
Telefone para contato (com DDD):	E-mail:
Especialidade:	RQE:
Assinatura do médico:	
Data do preenchimento:	

**3. Diagnóstico(s) - Descrever detalhadamente:**

Diagnóstico:
Data de início:
Evolução Clínica:
Tem comorbidades? Quais?
Tratamentos e medicações em uso:
Prognóstico:
CID:
Pode uma redução de 25% a 30% na pressão parcial do Oxigênio ambiente (Hipóxia relativa) afetar a condição médica do paciente? (A pressão da cabine passa a ser o equivalente a uma viagem rápida e uma montanha na altitude de 2400 metros (8000 pés) acima do nível do mar): ( ) Sim ( ) Não ( ) Não tenho certeza

**4. Sinais vitais:**

Pressão arterial:	mmHg	Frequência cardíaca:	BPM	Frequência respiratória:	IPM
Temperatura:	°C	Saturação de oxigênio:	%	( ) Ar ambiente ( ) O <sub>2</sub> suplementar	

Área emitente: Saúde e Bem-Estar

Página: 3 de 7

Revisão: 01

Data: 14/11/2024

## 5. Informações clínicas adicionais:

Anemia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Hemoglobina:	Data:
Transtorno psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual:	
Convulsões:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se sim, especificar na parte 2	
Doença cardiovascular:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual:	
Doença respiratória:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual:	
Portador de doença contagiosa e transmissível?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual:	
Cirurgia recente:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual cirurgia e data:	
Controle vesical normal:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se não, especificar:	
Controle intestinal normal:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se não, especificar:	
Imobilização:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se sim, tipo e data:	
O paciente faz uso de oxigênio em casa?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se sim, especifique o quanto (L/min):	
Necessidade de oxigênio a bordo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se sim, especifique o quanto (L/min):	

## 6. Mobilidade:

É necessário cadeira de rodas para embarque?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim, qual tipo de cadeira?	<input type="checkbox"/> WCHR (Paciente pode subir escadas e caminhar na cabine)	
	<input type="checkbox"/> WCHS (Paciente não pode subir escadas, mas pode caminhar na cabine)	
	<input type="checkbox"/> WCHC (Paciente não pode subir escadas e não pode caminhar na cabine)	
O paciente pode usar o assento da aeronave na posição vertical quando necessário?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
O paciente pode ficar sentado na aeronave com os joelhos dobrados?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Necessita de maca a bordo? (A Azul não transporta maca a bordo)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

## 7. Gestante:

Data da última menstruação:	G: P: A:	<input type="checkbox"/> Gestação única
Idade gestacional atual:	<input type="checkbox"/> Baixo risco	<input type="checkbox"/> Gemelar
Idade gestacional na data da viagem:	<input type="checkbox"/> Alto risco	<input type="checkbox"/> Data provável do parto:
Regras para transporte de gestantes: Gestação de feto único baixo risco: -A partir da 30ª até a 35ª semana de gestação: Atestado médico com autorização do embarque. -A partir da 36ª até a 37ª: Embarque somente com MEDIF -38 até 39 semanas: Embarque somente acompanhado de médico responsável - A partir 39 semanas: Embarque não autorizado	Gestação gemelar sem complicações: A partir da 30ª até a 31ª semana de gestação: Atestado médico com autorização do embarque. -A partir da 32ª até a 37ª: Embarque somente com MEDIF -38 até 39 semanas: Embarque somente acompanhado de médico responsável - A partir 39 semanas: Embarque não autorizado	

Área emitente: Saúde e Bem-Estar

Página: 4 de 7

Revisão: 01

Data: 14/11/2024

**8. Lista de medicamentos em uso:**

--

**9. Outras informações médicas:**

--

Local:

Data:

Nome do médico e CRM legíveis ou carimbo e assinatura:

Área emitente: Saúde e Bem-Estar

Página: 5 de 7

Revisão: 01

Data: 14/11/2024

MEDIF – IATA Resolução 700 Anexo B parte II – **A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO (A)****1. Condição cardíaca:**

Angina:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Último episódio:	
A condição é estável:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Classe funcional:	<input type="checkbox"/> Sem sintomas	<input type="checkbox"/> Angina aos grandes esforços	<input type="checkbox"/> Angina aos pequenos esforços	<input type="checkbox"/> Angina em repouso
Paciente pode andar 100 metros ou subir 12 degraus sem sintomas?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Infarto do miocárdio:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Data:	
Complicações:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quais:	
ECG de esforço realizado:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Resultado:	
Se angioplastia ou ponte coronariana, pode o paciente andar 100m ou subir 12 degraus sem sintomas?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Insuficiência Cardíaca:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Data do último episódio:	
Paciente controlado com medicação:			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Classe funcional:	<input type="checkbox"/> Sem sintomas	<input type="checkbox"/> Dispneia aos grandes esforços	<input type="checkbox"/> Dispneia aos pequenos esforços	<input type="checkbox"/> Dispneia em repouso
Síncope	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Último episódio:	
Investigação:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Resultados:	

**2. Condição pulmonar:**

Doença pulmonar crônica:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se sim, preencher abaixo:	
Paciente tem gasometria arterial recente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Data:	
Se sim:	<input type="checkbox"/> Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Oxigênio	Litros/min:	
Resultados:	pO2	pCO2	Saturação:	
Paciente retém CO2:			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Condição apresentou piora recente:			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Pode o paciente andar 100m ou subir 12 degraus sem sintomas?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Paciente já viajou nessas condições em avião comercial?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim, quando?		Duração do voo:		
Teve problemas durante a viagem			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Área emitente: Saúde e Bem-Estar

Página: 6 de 7

Revisão: 01

Data: 14/11/2024

**3. Condição psiquiátrica:**

Doença psiquiátrica? Qual:	( ) Sim	( ) Não
Existe a possibilidade de que o paciente apresente agitação durante o voo	( ) Sim	( ) Não
Paciente já viajou em avião comercial antes?	( ) Sim	( ) Não
Se sim, data:	( ) Sozinho	( ) Acompanhado

**4. Convulsões:**

Paciente já teve convulsão?	( ) Sim	( ) Não
Se sim, que tipo de crise:		
Frequência das convulsões:		
Data da última crise:		

**5. Prognóstico para viagem aérea:**

--	--	--

Local:	Data:	Nome do médico e CRM legíveis ou carimbo e assinatura:
--------	-------	--

Área emitente: Saúde e Bem-Estar

Página: 7 de 7

Revisão: 01

Data: 18/11/2024

**16. Declaração Médica de Necessidade de Acompanhante para o PNAE** *(Preencher somente se passageiro necessitar de acompanhante em voo, nos termos abaixo).*

De acordo com a Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) e sua resolução n° 280 (<https://www.gov.br/anac/pt-br/assuntos/passageiros/acessibilidade#acompanhante>), a maioria dos PNAE (passageiro com necessidade de assistência especial) possui autonomia para viajar sem a necessidade de um acompanhante. Apenas tem direito ao desconto o acompanhante do PNAE com deficiência ou mobilidade reduzida que:

- Viaje em maca ou incubadora;
- Em virtude de impedimento de natureza mental ou intelectual, não possa compreender as instruções de segurança de voo; ou
- Não possa atender às suas necessidades fisiológicas sem assistência.

OBS: CUIDADOS GERAIS COM CRIANÇAS, NÃO RELACIONADOS A UMA DEFICIÊNCIA/ENFERMIDADE, NÃO SERÃO CONSIDERADOS COMO CRITÉRIO DE INDICAÇÃO DE ACOMPANHANTE PARA PNAE

Identificação do médico

Nome: \_\_\_\_\_ CRM/Estado: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Declaro que o paciente: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Tem o diagnóstico de: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

E se enquadra na seguinte condição abaixo:

Necessita viajar em maca ou incubadora: ( ) Sim ( ) Não . OBS: Azul não transporta maca ou incubadora.

Tem algum impedimento de natureza mental, intelectual ou sensorial para compreender as instruções de segurança de voo?  
*(Esse critério será aplicado somente a adultos, para fins de indicação da necessidade de acompanhante):* ( ) Sim ( ) Não

Se sim, escrever detalhadamente o que impede o paciente de compreender as instruções de segurança de voo:

Pode atender às suas necessidades fisiológicas sem assistência: ( ) Sim ( ) Não.

*Se não, responda as 3 próximas perguntas:*

Tem alguma limitação para se alimentar sozinho em decorrência de uma deficiência/enfermidade?  
*(se criança, não considerar limitações normais da idade).* ( ) Sim ( ) Não

Se sim, escrever detalhadamente o que impede o paciente de realizar essa atividade:

Tem alguma limitação para utilizar o banheiro sozinho em decorrência de uma deficiência /enfermidade?  
*(se criança, não considerar limitações normais da idade).* ( ) Sim ( ) Não

Se sim, escrever detalhadamente o que impede o paciente de realizar essa atividade:

Tem alguma limitação para se locomover sozinho em decorrência de uma deficiência/enfermidade?  
*(se criança, não considerar limitações normais da idade).* ( ) Sim ( ) Não

Se sim, escrever detalhadamente o que impede o paciente de realizar essa atividade:

O acompanhante indicado é devidamente capacitado para atender todas as necessidades a bordo? ( ) Sim ( ) Não

É necessário o paciente viajar com um profissional da saúde? ( ) Sim ( ) Não

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Nome do médico e CRM legíveis ou carimbo e assinatura: \_\_\_\_\_