



CHE 0411-01/ANAC  
CHETA 2006-12-OVR-01-00

## MEDIF – FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS PARA VIAGENS AÉREAS

O preenchimento da MEDIF é um ato médico, portanto as informações dadas são sujeitas ao Código de Ética Médica.

### IATA - Resolução 700 Anexo A – Folha a ser preenchida pelo passageiro (a) ou responsável legal

PREENCHER TODOS OS CAMPOS DE FORMA LEGÍVEL, CASO CONTRÁRIO NÃO SERÁ ACEITO O DOCUMENTO MÉDICO.

1. Nome completo: ..... Idade: .....

2. Localizador: ..... 3. Itinerário previsto: .....

4. Motivo da viagem:  Turismo ou Negócio  Tratamento Médico  Transferência Inter hospitalar

5. Natureza da incapacidade ou doença: .....

6. Precisa de maca a bordo:  Não  Sim Informar peso do passageiro .....Kg Altura .....

Todos os casos que necessitem MACA o passageiro deverá ter obrigatoriamente acompanhante.

7. O acompanhante é capacitado para atender todas as necessidades a bordo:  Sim  Não

Nome ..... Idade: ..... Localizador: .....

Profissão\*: .....

\*Médico ou Enfermeiro informar número de registro no Conselho e anexar cópia do documento.

Em casos de deficientes visuais especificar se estará acompanhado com cão guia:  Sim  Não

8. Precisa cadeira de rodas:  Sim  Não **Própria:**  Sim  Não  
Motorizada:  Sim  Não **Tipo de Bateria:**  Seca  líquida (Bateria líquida é considerada "carga perigosa")

9. Precisa de Ambulância  Sim  Não (Passageiro é responsável pela contratação dos serviços de transferência para o Embarque e/ou Desembarque / De-Para a ambulância / De- Para a Aeronave)

Em caso positivo especifique o nome da Empresa de Ambulância contratada, número de telefone, contato e indicar o endereço de destino:

.....  
.....  
.....

10. Outras necessidades em solo:  Sim  Não

Caso afirmativo, quais?.....

Nos casos de uso de oxigênio suplementar o passageiro deverá providenciar o fornecimento de oxigênio no(s) aeroporto(s) (Embarque / Conexões / Desembarque)

11. Equipamentos e Necessidades especiais a bordo (sujeito a cobrança adicional)  Sim  Não

Especifique equipamento (cinto especial, cadeira de criança, oxigênio a bordo) .....

Especifique serviços especiais (assento extra, extensor de cinto) .....

#### 12. Declaração do passageiro

Autorizo o(a) Dr(a)..... (médico(a) nomeado(a) 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.

**Nota1:** Suprimentos especiais, como oxigênio, maca, requerem sempre o preenchimento completo de MEDIF e o envio com antecedência mínima de 72 horas para análise do departamento médico da companhia aérea, **estando o embarque do passageiro sujeito à autorização deste.**

**Nota2:** Se o transporte for aceito, taxas, quando necessárias, relevantes para a providência dos equipamentos ou necessidades acima mencionadas devem ser pagas pelo passageiro. Concordo em reembolsar o transportador, se solicitado, por qualquer despesa especial proveniente da minha viagem.

**Eu aceito que a transportadora possa 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.**

**Nota Importante:** Não serão reembolsados os valores pagos em caso de não comparecimento do passageiro sem cancelamento prévio com reserva de maca e/ou oxigênio.

Local: ..... Data: .....

Assinatura do passageiro(a) ou responsável .....



CHE 0411-01/ANAC  
CHETA 2006-12-OVR-01-00

## MEDIF – FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS PARA VIAGENS AÉREAS

O preenchimento da MEDIF é um ato médico, portanto as informações dadas são sujeitas ao Código de Ética Médica.

IATA - Resolução 700 Anexo B - Parte Um – Folha a ser preenchida pelo médico (a)

PREENCHER TODOS OS CAMPOS DE FORMA LEGÍVEL, CASO CONTRÁRIO NAO SERA ACEITO O DOCUMENTO MEDICO.

1. Nome completo do paciente ..... Idade .....

2. Nome do médico assistente ..... CRM ..... e-mail ..... Tel. ....

3. Diagnóstico (Faça um breve histórico do quadro clínico atual, evolução, tratamento etc. – Não informar somente o CID ou diagnóstico, caso contrário o documento será devolvido)

4. Sinais vitais obrigatórios: PA ..... FC ..... FR ..... TEMP ..... Sat O<sub>2</sub> .....

### 5. Informações clínicas adicionais

Anemia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Caso afirmativo, anexar hemograma recente (máximo 10 dias)
Cirurgia recente	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Caso afirmativo, qual cirurgia e data .....
Imobilização	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Caso afirmativo, que tipo de imobilização e data .....
Controle vesical alterado	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Caso afirmativo, indique a forma de controle .....
Controle intestinal alterado	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Caso afirmativo, indique a forma de controle .....

6. A redução de 25% a 30% na pressão parcial do Oxigênio ambiente (Hipóxia relativa) pode afetar a condição médica do seu paciente. (A pressão da cabine passa a ser o equivalente a uma viagem a uma montanha na altitude de 2400 metros (8000 pés) acima do nível do mar). Esta altitude pode ser bem tolerada por passageiros hígidos em repouso, mas pode afetar seriamente a condição clínica de seu paciente, podendo causar insuficiência respiratória com graves consequências. Nas aeronaves comerciais não há equipamentos de suporte avançado à vida.

Esta situação acima impede o voo?  Sim  Não

### 7. Acompanhante

O paciente é capaz de viajar desacompanhado?  Sim  Não  
 Caso negativo, o acompanhante é capacitado para atender todas as necessidades a bordo?  Sim  Não  
 O passageiro necessita viajar com um profissional da saúde? Caso afirmativo, anexar registro profissional do Conselho  Sim  Não

### 8. Mobilidade

É necessário cadeira de rodas para embarque?  Sim  Não  
 Tipo de cadeira: WCHR \_\_\_\_\_ (paciente sobe escada/anda na cabine) WCHS \_\_\_\_\_ (não sobe escada/anda na cabine) WCHC \_\_\_\_\_ (imóvel)

9. O paciente pode usar o assento da aeronave na posição VERTICAL quando necessário?  Sim  Não

Caso negativo, justifique .....

10. O paciente pode ficar sentado na poltrona da aeronave com os joelhos fletidos?  Sim  Não

Caso negativo, justifique .....

11. O paciente pode ficar na posição sentada na poltrona da aeronave?  Sim  Não

Caso negativo, justifique .....

12. Necessita de MACA A BORDO?  Sim  Não Caso afirmativo, informe o peso do paciente ..... Kg

13. Lista de Medicamentos em uso .....

14. Outras informações médicas.....

Assinatura e carimbo do médico(a) autorizado(a) pelo paciente ..... Data .....



CHE 0411-01/ANAC  
CHETA 2006-12-OVR-01-00

## MEDIF – FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS PARA VIAGENS AÉREAS

O preenchimento da MEDIF é um ato médico, portanto as informações dadas são sujeitas ao Código de Ética Médica.

### IATA - Resolução 700 Anexo B - Parte Dois

**1. Doença Cardiovascular**  Sim  Não

Caso afirmativo, indicar diagnóstico(s), condição clínica atual.

.....

.....

.....

**1.1 Está compensada / estabilizada?**

Sim  Não

**2. Doença Pulmonar**  Sim  Não

Caso afirmativo, indicar diagnóstico(s), condição clínica atual.

.....

.....

.....

**2.1 Está compensada / estabilizada?**

Sim  Não

**3. Há necessidade de oxigênio suplementar a bordo**  Sim  Não

Caso afirmativo, anexar hemograma e gasometria arterial recentes (validade de 10 dias). Necessariamente colher gasometria arterial com volume de oxigênio utilizado em solo (se fizer uso)

**4. Oxigênio em solo**  Sim  Não

Caso afirmativo, informar o volume ..... litros/minuto

OBS: O oxigênio a bordo é fornecido apenas de maneira contínua em máscara de 2 a 8 Litros/minuto

Indicar como foi colhida a gasometria arterial  ar ambiente  oxigênio..... Litros/minuto

**5. Doença Psiquiátrica**  Sim  Não

Caso afirmativo, indicar diagnóstico(s), condição clínica atual.

.....

.....

**5.1 Está compensada / estabilizada?**

Sim  Não

**6. Outras doenças (exemplo: endocrinológicas, neurológicas, reumatológicas, ginecológicas/obstétricas, etc.**

Caso afirmativo, indicar diagnóstico(s), condição clínica atual.

.....

.....

**6.1 Está compensada / estabilizada?**

Sim  Não

Sim  Não

**7. Convulsões**  Sim  Não

Caso afirmativo, qual a data da última crise convulsiva? .....

São bem controladas por medicação?  Sim  Não

**8. Hospitalização recente**  Sim  Não

data da alta hospitalar .....

Anexar resumo de alta hospitalar

**9. Prognóstico para a viagem**  Bom  ruim (não indicado voo em aviação comercial)

Local e Data ..... Assinatura e carimbo do médico .....

## MEDIF – FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS PARA VIAGENS AÉREAS

CHE 0411-01/ANAC  
CHETA 2006-12-OVR-01-00

O preenchimento da MEDIF é um ato médico, portanto as informações dadas são sujeitas ao Código de Ética Médica.

### Parte Três – Informações Adicionais para análise da MEDIF

Para facilitar o processo de análise médica, por favor certifique-se que todos as informações foram inseridas no Anexo B parte 1 e 2 e atente-se às seguintes informações adicionais

Para os casos de deficiência visual, auditiva, intelectual, mental e psicossocial, deve-se apresentar documentação elaborada por médico especializado na respectiva área (ver as especialidades abaixo).

Médico especialista é aquele que possui RQE (Registro de Qualificação de Especialidade). Este é um número atribuído a médicos que possuem uma especialidade médica reconhecida no Brasil. Esse registro é concedido pelo CRM (Conselho Regional de Medicina) do Estado onde o médico atua, após a comprovação de formação em uma especialidade médica específica. Ter um RQE é uma forma de assegurar ao público que o médico é realmente especialista na área que anuncia.

- **Enfermidade ou condição de saúde incapacitante/instável:** formulário deve ser preenchido por médico familiarizado com a patologia em questão (médico que esteja diretamente envolvido no tratamento do paciente).
- **Cirurgia recente:** formulário deve ser preenchido por médico que tenha acompanhado a cirurgia ou que esteja diretamente envolvido no cuidado pós-operatório do paciente.
- **Deficiência visual:** formulário deve ser preenchido por médico oftalmologista com RQE. Deve-se anexar também laudo, parecer ou relatório médico confeccionado por oftalmologista com RQE.
- **Deficiência auditiva:** formulário deve ser preenchido por médico otorrinolaringologista com RQE. Deve-se anexar também audiometria tonal.
- **Deficiência intelectual, mental ou psicossocial:** formulário deve ser preenchido por médico psiquiatra com RQE, neurologista com RQE ou neuropediatra com RQE (quando envolve crianças/adolescentes). Deve-se anexar também laudo, parecer ou relatório médico confeccionado por um especialista com RQE. O documento deve versar sobre o diagnóstico definitivo e alterações das habilidades adaptativas existentes (avaliação das habilidades de vida diária, como autocuidado, habilidades sociais e funcionamento em casa e na comunidade).

**Como consultar o RQE de um médico especialista?** Acesse o site do CFM (Conselho Federal de Medicina) ou o site do CRM onde o médico atua (é possível fazer a consulta de médicos registrados, incluindo o RQE).

### INFORMAÇÕES PARA ORIENTAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE OU AUTORIZADO

**Nota1:** Tripulação não está autorizada a dar assistência especial para um passageiro (ex. carregar / levantar) de forma particular em detrimento do seu serviço aos outros passageiros. Adicionalmente, é treinada apenas em primeiros socorros e não está autorizada a aplicar ou fornecer qualquer medicação.

**Nota2:** Caso o passageiro seja aceito, estas informações permitirão que sejam tomadas as providências necessárias para segurança e conforto dele.

**A redução de 25% a 30% na pressão parcial do Oxigênio ambiente (Hipóxia relativa) afeta a condição médica do paciente** (A pressão da cabine passa a ser o equivalente a uma viagem a uma montanha na altitude de 2400 metros (8000 pés) acima do nível do mar)  
Os principais fatores a serem considerados quando se avalia a aptidão de um paciente para o transporte aéreo são os efeitos das variações da pressão atmosférica.

## MEDIF – FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS PARA VIAGENS AÉREAS

CHE 0411-01/ANAC  
CHETA 2006-12-OVR-01-00

O preenchimento da MEDIF é um ato médico, portanto as informações dadas são sujeitas ao Código de Ética Médica.

### Parte Três – Informações Adicionais para análise da MEDIF

---

As seguintes condições são consideradas INACEITÁVEIS para viagem aérea.

- Anemia severa.
- Doença em fase aguda, infecciosa, infectocontagiosa ou de Notificação Compulsória.
- Insuficiência Cardíaca Congestiva ou outras doenças cianóticas não totalmente controladas.
- Infarto Agudo do Miocárdio, com menos de 6 (seis) semanas.
- Doença respiratória grave ou Pneumotórax recente
- Lesões gastrointestinais que possam causar hematemese, melena ou obstrução intestinal.
- Pós-operatórios recentes - Incluindo plásticas: 10 dias para cirurgias abdominais simples, 21 dias para cirurgias torácicas ou oculares invasivas (exceto laser)
- Doença mental instável sem acompanhante e medicação apropriada para a viagem.
- Convulsões sem controle (a menos que esteja viajando com acompanhante médico).
- Fratura de mandíbula com fixação da mesma (exceto com acompanhamento médico).
- Introdução recente de ar em cavidade do corpo para fim diagnóstico ou terapêutico considerar mínimo 7 (sete) dias.
- Gestantes com mais de 36 semanas ou gestações múltiplas com mais de 32 semanas.
- Crianças com menos de 7 (sete) dias de vida.
- Casos severos de otites e sinusites.
- Fraturas: com presença de imobilização gessada de até 48 hs da colocação

A lista acima não é definitiva nem única e cada caso será avaliado clinicamente de forma individual segundo as circunstâncias.

Assinatura e carimbo do médico..... Local e Data .....