

A PREENCHER PELOS
 SERVIÇOS MÉDICOS E
 ESCRITÓRIOS DO
 TRANSPORTADOR

Resposta a todas as perguntas – Assinale com X nas casas “SIM” ou “NÃO”
Preencher em maiúsculas

A	NOME DO PASSAGEIRO:						
B	ITINERÁRIO PREVISTO (Transportador(es), voo(s), Classe, Percurso(s), Situação da Reserva(s))				A transferência de um voo para outro frequentemente requer um maior intervalo de ligação.		
C	NATUREZA DA INCAPACIDADE				VERIFICAÇÃO MÉDICA NECESSÁRIA? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>		
D	É NECESSÁRIA MACA A BORDO?				Pedir tarifa, se desconhecida		
		NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/>			
		(todos os casos maca devem ser acompanhados)					
E	PROVÁVEL ACOMPANHANTES (Nome, sexo, idade, qualificação profissional, percursos se diferentes dos do passageiro)				Para cegos e/ou surdos, indicar se acompanhados de cão treinado		
F	É NECESSÁRIA CADEIRA DE RODAS?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Do próprio NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	Escamoteável NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	Motorizada NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	Com Pilhas NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	Pilhas são consideradas “Artigos Restritos” e proibidas em aviões de passageiros
		As categorias são: WCHR WCHS WCHC					
G	É NECESSÁRIA AMBULÂNCIA?	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	A SER PEDIDA PELO TRANSPORTADOR			Pedir tarifa, se desconhecida	
			NÃO <input type="checkbox"/> --- Indicar endereço da firma SIM <input type="checkbox"/> --- Indicar endereço no destino				
H	OUTROS ARRANJOS EM TERRA	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	Se SIM, especificar abaixo e indicar para cada item: a) Transportador envolvido ou outra organização; b) por conta de quem; c) endereço e telefone se apropriado, ou quando uma pessoa específica for designada para esperar/assistir o passageiro.				
1	No Aeroporto de partida	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>					
2	No ponto de ligação	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>					
3	No Aeroporto de chegada	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>					
4	Outras informações pertinentes	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>					
K	ARRANJOS ESPECIAIS A BORDO , como: refeições, lugar, lugar adicional, oxigénio, etc. (Ver “NOTA” no final da PARTE 2)	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	Se afirmativo, descreva e indique para cada item: a) Percurso em que é necessário; b) Segundo Transportador, e c) Por conta de quem no caso de equipamento especial, como oxigénio, etc.				
L	O passageiro possui um FREMEC válido para esta viagem?	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	Se afirmativo, copie os dados do FREMEC aqui indicados, no pedido de reserva; se negativo, e no caso do Transportador exigir mais dados, deverá ser preenchida a PARTE 2 pelo Médico Assistente.				
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		N ° do FREMEC	Emissor	Validade	Sexo	Idade	Tipo Incapacidade
		Tipo de incapacidade (cont.)		Limitações	Impedimentos		

DECLARAÇÃO
 (Para ser lida, datada e assinada pelo passageiro)
 “ Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr/Drª _____ a fornecer às companhias de aviação todas as informações exigidas pelos departamentos médicos dessas companhias com o fim de avaliar das minhas condições de saúde para viajar de avião. Declaro que não tomarei qualquer acção relacionada com a quebra de segredo profissional respaeitante a essas informações e que o pagamento dos honorários do médico/a que acima indico serão da minha responsabilidade. Fico ciente que, caso seja aceite para ser transportado, fico sujeito às condições gerais de transporte e às tarifas respectivas de cada companhia e que cada companhia não é responsável senão na exacta medida dessas condições e dessas tarifas. Declaro que estou preparado para assumir os riscos e as consequências que o transporte aéreo possa vir a ter no meu estado de saúde e desde já exonero de qualquer responsabilidade as transportadoras, os seus empregados e agentes, no que respeita a essas mesmas consequências. Mais declaro que reembolsarei as transportadoras e a seu pedido, de todas as despesas relacionadas com o meu transporte, caso venham a ser necessárias.”

LOCAL:	DATA:	ASSINATURA DO PASSAGEIRO:
Distribuição: (Agrafar ao bilhete de passagem)		Checklist para a escala de embarque
Original - Comandante 1ª Cópia – Escala de Embarque 2ª Cópia – Escala de Desembarque		<input type="checkbox"/> Instalação da maca <input type="checkbox"/> Alimentação especial <input type="checkbox"/> Declaração de responsabilidade <input type="checkbox"/> Acompanhante <input type="checkbox"/> Transporte para o avião(cadeira de rodas, ambulância, carro) <input type="checkbox"/> Escalas avisadas por mensagem

A preencher pelo Médico Assistente (Emitir em triplicado)

 Esta certidão destina-se a fornecer uma informação confidencial que permita a companhia determinar a aptidão para transporte do passageiro e promover o seu conforto.
 Todos os quesitos devem ser respondidos com precisão.
 (Assinalar com X as casas SIM ou NÃO e preencher com letra de imprensa)

Devolver a:

Escritório do Transportador

CÓDIGO MEDA 1	NOME DO DOENTE, SEXO E IDADE:			
MEDA 2	MÉDICO ASSITENTE - NOME E ENDEREÇO:			
	- TELEFONE:	Consultório:	Residência:	
MEDA 3	DADOS MÉDICOS - DIAGNÓSTICO DETALHADO: (Incluindo sinais vitais)			
	- DIA/MÊS/ANO do 1º SINTOMA:	Data do diagnóstico:		
MEDA 4	PROGNÓSTICO para a viagem:			
MEDA 5	Doença contagiosa?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Especificar:
MEDA 6	Aspeto chocante para terceiros? (cheiro, aparência, conduta)	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Especificar:
MEDA 7	Pode viajar sentado com encosto na posição vertical, se necessário?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
MEDA 8	Pode viajar só, sem necessidade de ajuda? (Alimentar-se, dirigir-se aos lavabos, etc.)	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
		* caso neg., tipo de ajuda necessária:		
MEDA 9	Se acompanhado a bordo, os arranjos constantes da PARTE 1/E são satisfatórios?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
		* caso neg., tipo deacompanhante aconselhado:		
MEDA 10	Necessário oxigénio a bordo? ** Se afirmativo, indicar débito de saída	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Litros por Minuto <input type="text"/>
				Permanente? Sim <input type="checkbox"/>
				Não <input type="checkbox"/>
MEDA 11	Necessária medicação especial, e/ou uso de aparelhagem específica, p. e. máscara, incubadora, etc, ***	a) Em terra, no aeroporto:		
		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Especificar
MEDA 12		b) A bordo:		
		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Especificar
MEDA 13	Necessária hospitalização? (Se afirmativo indicar arranjos efectuados; se negativo indicar, " NÃO FOI TOMADA ACÇÃO")	a) Durante estadia ou pernoita no ponto de ligação:		
		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Acção requerida:
MEDA 14		b) Após a chegada ao destino:		
		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Acção requerida:
MEDA 15	Outras observações ou informações que permitam atenuar e tornar mais confortável o transporte.	Nenhuma <input type="checkbox"/>	Se alguma especificar **: <input type="text"/>	
MEDA 16	Outros arranjos providenciados pelo Médico Assistente:			

N.B.:

* O pessoal de Cabine está habilitado a prestar apenas Primeiros Socorros e não autorizado a administrar injectáveis e/ou prestar assistência especial a passageiros doentes em prejuízo de outros passageiros.

IMPORTANTE:

Todos os encargos relacionados como a presente informação e quaisquer arranjos especiais de equipamento (**) são da responsabilidade do passageiro.

DATA:
LOCAL:
ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE:
Princípios de orientação:

- (Se bem que cada caso seja considerado separadamente as condições seguintes são geralmente consideradas restritivas para transporte aéreo)
- Situações cardiovasculares graves ou críticas, tais como: insuficiência grave ou enfarte do miocárdio recente. Neste caso não será normalmente aconselhável viajar nas primeiras 6 semanas após o acidente agudo.
 - Doentes que tenham recebido recentemente injeção de gás para efeitos de pneumotórax ou de ventriculografia para exame do sistema nervoso.
 - Doentes mentais exigindo forte sedação ou restrição de movimentos.
 - Casos graves de otite média com obstrução da trompa de Eustáquio.
 - Doenças contagiosas agudas ou de notificação obrigatória.
 - O estado de gravidez além da 32ª semana, está sujeito a condição especial.
 - Pessoas com doenças de pele contagiosas ou repulsivas.
 - Casos resentes de poliomielite, excepto se tiver passado um mês sobre o início da doença. As formas bulbares de poliomielite, estão sujeitas a restrições.
 - Pessoas com graves tumores de mediastino, hérnias extremamente grandes, obstrução intestinal, doenças cranianas envolvendo aumento de pressão, fracturas de crânio e fracturas recentes de mandíbula, com imobilização.
 - Casos cirúrgicos recentes com tempo insuficiente para cicatrização.