

# PARTE 1



## M E D I F MODELO DE INFORMAÇÃO MÉDICA PARA TRANSPORTE AÉREO

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS MÉDICOS E ESCRITÓRIOS DO TRANSPORTADOR

Responda a todas as perguntas — Assinale com X nas casas «SIM» ou «NÃO»  
Preencher em maiúsculas ou dactilografar

| <b>A</b>                     | NOME DO PASSAGEIRO  |   |   |            |              |            |            |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
|------------------------------|---|---|---|------------|--------------|------------|------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>B</b>                     | ITINERÁRIO PREVISTO<br>(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.   |   |            |              |            |            |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <b>C</b>                     | NATUREZA DA INCAPACIDADE  | VERIFICAÇÃO MÉDICA NECESSÁRIA? NÃO <input type="checkbox"/><br>SIM <input type="checkbox"/>   |   |            |              |            |            |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <b>D</b>                     | É NECESSÁRIA MACA A BORDO?<br>(todos os casos maca devem ser acompanhados)  | NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>   | Pedir tarifa, se desconhecida   |            |              |            |            |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <b>E</b>                     | PROVÁVEL ACOMPANHANTE<br>(Nome, sexo, idade, qualificação profissional, percursos se diferentes dos do passageiro)  | Para cegos e/ou surdos, indicar se acompanhados de cão treinado   |   |            |              |            |            |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <b>F</b>                     | É NECESSÁRIA CADEIRA DE RODAS?<br>As categorias são:<br>WCHR WCHS WCHC  | <input type="checkbox"/> NÃO<br><input type="checkbox"/> SIM  | <table border="1" style="font-size: small;"> <tr> <th>Do próprio</th> <th>Escamoteável</th> <th>Motorizada</th> <th>Com Pilhas</th> </tr> <tr> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Pilhas são consideradas «Artigos Restritos» e proibidas em aviões de passageiros | Do próprio | Escamoteável | Motorizada | Com Pilhas | NÃO <input type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> | SIM <input type="checkbox"/> | SIM <input type="checkbox"/> | SIM <input type="checkbox"/> | SIM <input type="checkbox"/> |
| Do próprio                   | Escamoteável  | Motorizada  | Com Pilhas  |            |              |            |            |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| NÃO <input type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/>  | NÃO <input type="checkbox"/>  | NÃO <input type="checkbox"/>  |            |              |            |            |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| SIM <input type="checkbox"/> | SIM <input type="checkbox"/>  | SIM <input type="checkbox"/>  | SIM <input type="checkbox"/>  |            |              |            |            |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <b>G</b>                     | É NECESSÁRIA AMBULÂNCIA?  | NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> A SER PEDIDA PELO TRANSPORTADOR   | Pedir tarifa, se desconhecida<br>Indicar endereço da firma<br>Indicar endereço no destino   |            |              |            |            |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <b>H</b>                     | OUTROS ARRANJOS EM TERRA  | NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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"/>   |   |            |              |            |            |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <b>K</b>                     | ARRANJOS ESPECIAIS A BORDO, como: refeições, lugar, lugar adicional, oxigénio, etc.<br>(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.  |            |              |            |            |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <b>L</b>                     | 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.  |            |              |            |            |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
|                              | N.º do FREMEC: _____<br>Emissor: _____<br>Validade: _____<br>Sexo: _____ Idade: _____<br>Tipo de incapacidade (cont.): _____<br>Limitações: _____ Impedimentos: _____ |   |   |            |              |            |            |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |

### DECLARAÇÃO

(Para ser lida, datada e assinada pelo passageiro)

«Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr./Dr.ª \_\_\_\_\_ 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 respeitante 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   |
| <b>Distribuição:</b> (Agrafar ao bilhete de passagem)<br><br>Original — Comandante<br>1.ª Cópia — Escala de embarque<br>2.ª Cópia — Escala de desembarque |       | <b>Checklist para a escala de embarque</b><br><input type="checkbox"/> Instalação da maca<br><input type="checkbox"/> Alimentação especial<br><input type="checkbox"/> Declaração de responsabilidade<br><input type="checkbox"/> Acompanhante<br><input type="checkbox"/> Transporte para o avião (cadeira de rodas, ambulância, carro)<br><input type="checkbox"/> Escalas avisadas por mensagem |