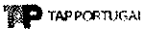


|   |  |   |                              |  |   |
|---|--|---|------------------------------|--|---|
|   |  | <b>M E D I F — CERTIDÃO MÉDICA</b>  |                              | (Reservado a uso oficial)                      |   |
| <b>PARTE 2</b><br>A preencher pelo Médico Assistente (Emitir em triplicado)   |  | Esta certidão destina-se a fornecer uma informação confidencial que permita aos Serviços Médicos da TAP determinar a aptidão para transporte do passageiro e promover o seu conforto.<br>Todos os quesitos devem ser respondidos com precisão.<br>(Assinalar com X as casas SIM ou NÃO e preencher com letra de imprensa ou de preferência dactilografar) |                              |  |   |
|   |  | Devolver a: <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Escritório do Transportador</span>  |                              |  |   |
| CÓDIGO MEDA 01  | NOME DO DOENTE, SEXO E IDADE:  |   |                              |  |   |
| MEDA 02   | MÉDICO ASSISTENTE - NOME E ENDEREÇO:   |   |                              |  |   |
|   | - TELEFONE:  | Consultório:  | Residência:                  |  |   |
| MEDA 03   | DADOS MÉDICOS<br>- DIAGNÓSTICO DETALHADO: (Incluindo sinais vitais)<br>- DIA/MÊS/ANO do 1.º SINTOMA:               | Data do diagnóstico:  |                              |  |   |
| MEDA 04   | PROGNÓSTICO para a viagem:   |   |                              |  |   |
| MEDA 05   | Doença contagiosa?   | Não <input type="checkbox"/>  | Sim <input type="checkbox"/> | Especificar:                                   |   |
| MEDA 06   | Aspecto chocante para terceiros? (cheiro, aparência, conduta)  | Não <input type="checkbox"/>  | Sim <input type="checkbox"/> | Especificar:                                   |   |
| MEDA 07   | Pode viajar sentado com o encosto na posição vertical, se necessário?  | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>   |                              |  |   |
| MEDA 08   | Pode viajar só, sem necessidade de ajuda? (Alimentar-se, dirigir-se aos lavabos, etc.)                             | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>   |                              | * Caso neg., tipo de ajuda necessária:         |   |
| MEDA 09   | Se acompanhado a bordo, os arranjos constantes da PARTE 1/E são satisfatórios?                                     | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>   |                              | * Caso neg., tipo de acompanhante aconselhado: |   |
| MEDA 10   | Necessário oxigénio a bordo?<br>** 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:  |                              | Especificar:                                   |   |
| MEDA 12   |  | b) A bordo:   |                              | 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:   |                              | Acção requerida:                               |   |
| MEDA 14   |  | b) Após chegada ao destino:   |                              | Acção requerida:                               |   |
| MEDA 15   | Outras observações ou informações que permitam atenuar e tornar mais confortável o transporte.                     | Nenhuma <input type="checkbox"/>  | Se alguma, especificar **:   |  |   |
| MEDA 16   | Outros arranjos providenciados pelo Médico Assistente:   |   |                              |  |   |
| <b>N. B.:</b><br>* O Pessoal de Cabine está habilitado a prestar apenas Primeiros Socorros e não está autorizado a administrar injectáveis e/ou prestar assistência especial a passageiros doentes em prejuízo de outros passageiros.   |  | <b>IMPORTANTE:</b><br>Todos os encargos relacionados com a presente informação e quaisquer arranjos especiais de equipamento (**) são da responsabilidade do passageiro.  |                              |  |   |
| DATA:   |  | LOCAL:  |                              | ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE:               |   |
| <b>Princípios de orientação</b><br>(Se bem que cada caso seja considerado separadamente as condições seguintes são geralmente consideradas restritivas para transporte aéreo)<br>— 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.<br>— Doentes que tenham recebido recentemente injeção de gás para efeitos de pneumotórax ou de ventriculografia para exame do sistema nervoso.<br>— Doentes mentais exigindo forte sedação ou restrição de movimentos.<br>— Casos graves de otite média com obstrução da trompa de Eustáquio.<br>— Doenças contagiosas agudas ou de notificação obrigatória.<br>— O estado de gravidez além da 32.ª semana, está sujeito a condições especiais.<br>— Pessoas com doenças de pele contagiosas ou repulsivas.<br>— Casos recentes de poliomielite, excepto se tiver passado um mês sobre o início da doença. As formas bulbares de poliomielite, estão sujeitas a restrições.<br>— Pessoas com graves tumores de mediastino, hérnias extremamente grandes, obstrução intestinal, doenças cranianas envolvendo aumento de pressão, fractura de crânio e fractura recente de mandíbula, com imobilização.<br>— Casos cirúrgicos recentes com tempo insuficiente para cicatrização. |  |   |                              |  |   |