

Responda TODAS as questões. Marque "X" em 'Sim ou Não' Use LETRA DE FORMA ou DIGITAÇÃO para completar esta folha.
O passageiro ou um responsável legal também deve assinar a página 3 para autorizar o médico atendente a fornecer aos profissionais médicos designados pela United as informações necessárias.

Answer all questions. Mark "X" in the "Yes" or "No" boxes. Complete this form by computer or writing in block letters. The passenger or a legal representative must also sign page 3 to authorize the attending physician to provide United's designated medical professionals with the necessary information.

A	NOME COMPLETO/TÍTULO FIRST NAME/MIDDLE INITIAL/LAST NAME/TITLE					
	ITINERÁRIO PROPOSTO PROPOSED ITINERARY					
B	Código da Reserva, Empresa(s), nº do(s) voo(s), classe(s), data(s) e itinerário. Confirmation number, airline(s), flight number(s), fare class(es), date(s), and origin and destination cities					
C	NATUREZA DA INCAPACIDADE OU DOENÇA (motivo da assistência especial) NATURE OF CONDITION (Reason for special assistance)					
D	DADOS DO ACOMPANHANTE INTENDED COMPANION					
	Nome, sexo, idade e qualificação profissional. Name, sex, age, profession and qualification, such as registered nurse					
Caso não tenha qualificação médica, especificar como COMPANHEIRO DE VIAGEM. If not medically qualified, state "TRAVEL COMPANION"						
E	NECESSITA DE CADEIRA DE RODAS? Is a wheelchair needed?	Vai trazer a sua própria cadeira de rodas? Will you bring your own wheelchair?	Dobrável? Collapsible?	Motorizada? Motorized?	Bateria líquida? Spillable battery?	
	Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes	Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes	Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes
	Se você precisar de uma cadeira de rodas, por favor indique o seu nível de mobilidade, selecionando a categoria apropriada. If you require a wheelchair, please indicate your level of mobility by selecting the appropriate category:					
	WCHR <input type="checkbox"/>	WCHR (pode subir escada e andar na cabine) WCHR (Can climb steps and can walk in cabin)				
	WCHS <input type="checkbox"/>	WCHS (não sobe escada, pode andar na cabine) WCHS (Unable to climb steps but can walk in cabin)				
WCHC <input type="checkbox"/>	WCHC (não sobe escada e não anda na cabine) WCHC (Unable to climb steps and unable to walk in cabin)					
Acesse http://www.united.com/web/pt/content/travel/specialneeds/disabilities/custwheelchair.aspx para informações e requerimentos para viagem com cadeira de rodas. Visit https://www.united.com/web/en-US/content/travel/specialneeds/disabilities/custwheelchair.aspx for additional information regarding traveling with a wheelchair.						
F	OUTRAS NECESSIDADES EM SOLO: OTHER GROUND ARRANGEMENTS NEEDED:		Especifique quaisquer outras providências necessárias, à custa de quem e incluir os números de endereços de contato / telefone Specify any other arrangements needed, at whose expense and include contact addresses/telephone numbers			
	1. Providências para assistência no aeroporto de partida Arrangements for assistance at DEPARTURE airport		Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes	Especifique (Specify)	
	2. Providências para assistência nos aeroportos Brasileiros em voos com conexões Arrangements for assistance at airports in Brazil for connecting flights		Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes	Especifique (Specify)	
	3. Providências para assistência no aeroporto de destino Arrangements for assistance at ARRIVAL airport		Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes	Especifique (Specify)	
	4. Outras exigências ou informações relevantes Other requirements or relevant information		Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes	Especifique (Specify)	
G	É PORTADOR DE UM FREMEC VÁLIDO PARA ESTA VIAGEM? DOES THE PASSENGER HOLD A FREQUENT TRAVELER'S MEDICAL CARD (FREMEC) VALID FOR THIS TRIP?					
	Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes	FREMEC /			
			número (Number)	emitido por (Issued by)	validade (Expiration date)	
	incapacidade permanente/crônica (Permanent/chronic incapacitation)		Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes	Especifique (Specify)	
	incapacidade permanente/crônica (Permanent/chronic incapacitation)		Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes	Especifique (Specify)	
Local: City	Date:	Assinatura do passageiro ou representante legal Passenger's or legal representative's signature				

O Médico assistente do viajante deve responder todas as perguntas. Use a página 4 como guia.
Marque "X" em "sim" ou "não", e forneça respostas concisas e precisas.
Preencha este formulário pelo computador ou por escrito, em letras maiúsculas

The traveler's attending physician should answer all questions. See page 4 for guidance.
Mark "X" in the "Yes" or "No" boxes, and provide precise, concise answers.
Complete this form by computer or writing in block letters.

Este formulário deve ser assinado, digitalizado e enviado aos profissionais médicos designados pela United através do email medif.brasil@united.com.
This form must be signed, scanned and returned to United's designated medical professionals via email at medif.brasil@united.com.

Para ser integralmente preenchido pelo MÉDICO ASSISTENTE do passageiro (To be fully completed by ATTENDING PHYSICIAN)											
Código de referência das empresas aéreas Airline's reference code		Este formulário destina-se a fornecer informações CONFIDENCIAIS que permitam ao departamento MÉDICO da UNITED avaliar a adequação da saúde do passageiro em relação ao voo. Caso o passageiro seja aceito, estas informações permitirão que sejam tomadas as providências necessárias para proporcionar segurança e conforto ao mesmo. This form is intended to provide confidential information to enable United's designated medical professionals to assess the passenger's fitness to travel. If the passenger is fit to fly, this information will help United arrange and provide special assistance.									
MEDA 01		Identificação do PACIENTE (nome, idade, sexo): (PATIENT'S NAME, GENDER, AGE)									
MEDA 02		Identificação do MÉDICO ASSISTENTE ATTENDING PHYSICIAN			Nome e endereço (Name and address)			Contatos telefônicos Telephone numbers		Consultório: Business	Residência: Home
INFORMAÇÕES MÉDICAS (MEDICAL DATA)											
MEDA 03		DIAGNÓSTICO: em detalhes (incluindo sinais vitais) DETAILED DIAGNOSIS (including vital signs)		Início dos primeiros sintomas Day/month/year of first symptoms		Data de cirurgias e/ou diagnósticos: Date of operation and/or diagnosis		PROGNÓSTICO para a viagem aérea: PROGNOSIS for the flight(s)/diagnosis			
MEDA 04		Portador de doença contagiosa e transmissível? Does the patient have a contagious or communicable disease?			Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes	Especificar: Specify				
MEDA 05		A condição física e/ou mental pode ser de alguma forma estressante ou desconfortável para os outros passageiros? Would the patient's physical and/or mental condition likely cause distress or discomfort to other passengers?			Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes	Especificar: Specify				
MEDA 06		O paciente é capaz de usar o assento da aeronave na posição vertical quando necessário? Can the patient use a normal aircraft seat with the seat back placed in the upright position when required?						Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes		
MEDA 07		O paciente pode cuidar de suas próprias necessidades a bordo SEM AJUDA (incluindo refeições, visita ao toilet, etc.)? Can the patient take care of his/her own needs on board UNASSISTED (including meals, restroom, etc.)?			Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes	Se não, de que ajuda precisa? If not, what type of help is needed?				
MEDA 08		Caso seja necessário um ACOMPANHANTE na viagem, O arranjo proposto na página 1 é satisfatório para você? If the patient has a companion, is the arrangement proposed on page 1 satisfactory?			Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes	Caso negativo, qual a sua proposta? If not, what type of companion do you recommend?				
MEDA 09		O paciente necessita de OXIGÊNIO durante o voo? Caso positivo indique o fluxo necessário. Does the patient need OXYGEN equipment in flight? If yes, state rate of flow.			Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes	Fluxo Flow rate	(L/min)	Contínuo? Continuous?	Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes
MEDA 10		O paciente necessita alguma MEDICAÇÃO que deva ser administrada por outra pessoa, e/ou utilizar algum equipamento especial, tal como, respirador, incubadora, etc.? (Does the patient need any MEDICATION administered, and/or does he/she require the use of a special apparatus, such as a respirator, incubator, etc.?)									
		(a) em TERRA enquanto no(s) aeroporto(s) (On the GROUND while at the airport(s))					(b) a bordo da AERONAVE: (On board the AIRCRAFT)				
		Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes	Especificar: (Specify)			Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes	Especificar: (Specify)		
MEDA 11		O paciente necessita HOSPITALIZAÇÃO? (Caso positivo, indique as providências tomadas ou, se não tiverem sido tomadas, indicar "NENHUMA AÇÃO TOMADA") Does the patient need HOSPITALIZATION? (If yes, indicate arrangements made or, if none were made, indicate "NO ACTION TAKEN.")									
		(a) Durante longas esperas ou pernoite no(s) TRECHO(S) da rota During a long layover or overnight stop at CONNECTING POINTS en route					(b) Após chegar ao DESTINO Upon arrival at DESTINATION				
		Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes	Ação: (Action)			Não <input type="checkbox"/> No	Sim <input type="checkbox"/> Yes	Ação: (Action)		
MEDA 12		Outras informações ou sugestões que proporcionem ao seu paciente um transporte tranquilo e confortável: Other remarks or information in the interest of your patient's ease and comfort during travel									
		Nenhuma None			Especificar se houver: Specify if any						
MEDA 13		Outras providências tomadas pelo médico assistente: Other arrangements made by the attending physician									
Local: Place		Data: Date		Assinatura, CRM e carimbo do médico: Attending physician's signature and stamp							

DECLARAÇÃO DO PASSAGEIRO
PASSENGER'S DECLARATION

Pelo presente autorizo _____ (nome do médico atendente) a fornecer à United todas as informações solicitadas pelo seus profissionais médicos designados com a finalidade de confirmar que eu me encontro em condições de saúde satisfatórias para viajar de avião e, por isso, pelo presente isento o(a) médico(a) do seu dever profissional de manter sigilo quanto a estas informações e, concordo em assumir despesas médicas concernentes. Estou ciente que, se aceito para viajar, estarei sujeito as condições gerais de transporte/tarifas do transportador em causa e que este mesmo transportador não assumirá outra responsabilidade especial além daquelas. Concordo em reembolsar o transportador, se solicitado, por qualquer despesa especial proveniente da minha viagem.

I HEREBY AUTHORIZE _____ (Name of attending physician) to provide United with the information required by its designated medical professionals for the purpose of determining my fitness for air travel, and in consideration thereof I hereby relieve that physician of his/her professional duty of confidentiality in respect of such information, and agree to meet such physician's fees in connection therewith. If I am approved for travel, understand and acknowledge that my journey will be subject to United's general conditions of carriage/tariffs concerned and that United does not assume any special liability exceeding those conditions/tariffs. I agree to reimburse United upon demand for any special expenditures or costs in connection with my travel.

Local:
 City

Data:
 Date

Assinatura do passageiro:
 Passenger's signature

INFORMAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE

Os principais fatores a serem considerados ao avaliar a adequação de um paciente para uma viagem aérea e preencher um formulário MEDIF são os efeitos causados pela variação da pressão atmosférica (a pressão do ar da cabine sofre grandes mudanças após a decolagem e antes da aterrissagem, e a expansão e contração dos gases podem provocar dores e efeitos de pressão). Durante o voo há diminuição da concentração de oxigênio (a pressão é equivalente a uma altitude de 6.000 a 8.000 pés (aproximadamente de 1.800 a 2.500m), e a pressão parcial do oxigênio é cerca de 20% menor do que no solo).

Os problemas de saúde geralmente considerados inaceitáveis para uma viagem aérea são:

- Anemias severas
- Otite média e sinusite agudas
- Doenças contagiosas ou infecciosas ativas
- Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) ou outras patologias cianóticas descompensadas
- Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com menos de 6 semanas
- Doença respiratória grave ou pneumotórax recente
- Lesões gastrintestinais que podem causar hematêmese, melena ou obstrução intestinal
- Pós-operatório recente (10 dias para operações abdominais simples e 21 dias no caso de cirurgia torácica ou cirurgia invasiva nos olhos sem uso de laser)
- Fraturas de mandíbula com imobilização (a menos que esteja viajando com acompanhamento profissional)
- Doença mental instável (a menos que esteja viajando com acompanhamento profissional e devidamente medicado para a viagem)
- Doença epiléptica não controlada (a menos que esteja viajando com acompanhamento profissional)
- Gestantes com mais de 35 semanas e múltiparas com mais de 32 semanas.
- Crianças com menos de 7 dias de vida.
- Introdução recente de ar em cavidades do corpo para fins diagnósticos ou terapêuticos (nos últimos 7 dias)

Esta lista não é definitiva e a UNITED avaliará cada caso individualmente, de acordo com as circunstâncias.

Em caso de dúvidas ou para maiores informações, o profissional deve consultar o Serviço de Saúde UNITED.

As informações fornecidas pela UNITED tem o propósito de esclarecer as condições a bordo de uma aeronave pressurizada. Todo e qualquer esclarecimento comunicado não compromete o médico assistente, independente do prognóstico ou opinião a respeito da adequação a viagem.

Guidance for attending physicians

The principal factors to be considered when assessing a patient's fitness for air travel and completing this MEDIF form are the effects of the variations of atmospheric pressure. Cabin air pressure changes greatly after takeoff and before landing, and gas expansion and contraction can cause pain and pressure effects. During flight, there is a resulting reduction in oxygen tension (the cabin is at a pressure equivalent to an altitude of 6,000 to 8,000 feet, and oxygen partial pressure is approximately 20% less than on the ground).

The following conditions usually make a passenger unfit for air travel:

- Severe case of anemia
- Severe case of Otitis media and sinusitis
- Acute, contagious or communicable disease
- Congestive cardiac failure or other cyanotic conditions that are not fully controlled
- Myocardial infarction within 6 weeks of onset
- Severe respiratory disease or recent pneumothorax
- Gastrointestinal lesions that may cause hematemesis, melaena or intestinal obstruction
- Post-operative cases, within 10 days of simple abdominal operations and within 21 days of chest or invasive eye surgery (not laser)
- Fractures of the mandible with fixed wiring of the jaw (unless medically escorted)
- Unstable mental illness without a companion and suitable medication for the journey
- Uncontrolled seizures (unless medically escorted)
- Single pregnancies beyond the end of the 35th week or multiple pregnancies beyond the end of the 32nd week
- Infants within 7 days of birth
- Introduction of air to body cavities for diagnostic or therapeutic purposes within 7 days prior to travel

The above list is not exhaustive and each case must be medically assessed on its own particular circumstances. In unclear cases or for further information, medical practitioners should consult United's designated medical professionals. Any information provided by United and/or its designated medical professionals is strictly for the purpose of clarifying the conditions on board the pressurized aircraft. Any and all clarifications communicated by United's designated medical professionals do not affect the attending physician's independent prognosis or assessment of the patient's fitness to travel.