

Orientações para o preenchimento							
<ul style="list-style-type: none"> <li>A ser preenchido pelo médico assistente autorizado;</li> <li>Responder TODAS as questões;</li> <li>Preencher com LETRA DE FORMA LEGÍVEL ou DIGITAÇÃO;</li> <li>No dia do embarque, trazer 2 cópias e a via original;</li> <li>Gestante acima de 38 semanas, não é recomendável o embarque. Somente poderá viajar acompanhada do médico assistente.</li> <li>Proibido embarque a partir da 40ª. Semana;</li> <li>Em caso de alteração do estado de saúde da gestante durante o período de viagem, será solicitado novo relatório;</li> </ul>							
Informações Médicas							
A Sra. _____				foi por mim avaliada			
em	___	/	___	/	20	___	encontra-se
stante de				___	semanas	___	dias,
sem							
intercorrências durante esta gestação e encontra-se apta ao voo.							
Data da última menstruação: __/__/				Data provável do parto: __/__/			
Voo de ida no dia: __/__/				Idade Gestacional: __ dias e ___ semanas			
Voo de retorno no dia: __/__/				Idade Gestacional: ___ dias e ___ semanas			
GESTAÇÃO ÚNICA - SEM INTERCORRÊNCIAS MÉDICAS				GESTAÇÃO MÚLTIPLA - SEM INTERCORRÊNCIAS MÉDICAS			
IDADE GESTACIONAL	TERMO DE RESPONSABILIDADE	RELATÓRIO MÉDICO	MEDIF	IDADE GESTACIONAL	TERMO DE RESPONSABILIDADE	RELATÓRIO MÉDICO	MEDIF
ATÉ 27 SEMANAS	SIM	NÃO	NÃO	ATÉ 27 SEMANAS	SIM	NÃO	NÃO
28 A 35 SEMANAS	SIM	SIM	NÃO	28 A 32 SEMANAS	SIM	SIM	NÃO
ACIMA DE 36 SEMANAS	SIM	SIM	SIM	ACIMA DE 32 SEMANAS	SIM	SIM	SIM
38 SEMANAS*	SIM	SIM	SIM	38 SEMANAS*	SIM	SIM	SIM
<ul style="list-style-type: none"> <li>Obrigatório o acompanhamento do médico assistente durante a viagem.</li> </ul>							
<b>Observações:</b>							
Em gestação única ou múltipla, independente da idade gestacional com complicações médicas (intercorrências médicas), deve-se apresentar o MEDIF (Formulário de Informações Médicas) para a análise do departamento de medicina aeroespacial antes do voo.							
Informações adicionais:							
Nome completo do médico assistente:							
Endereço:							
E-mail:							
Telefone: __ - ____ / __ - ____ / __ -				Data: __/__/			
				Ass. e carimbo médico:			
Declaração da Gestante							

Autorizo e confirmo todas as informações fornecidas pelo médico assistente e estou ciente de todas as implicações acerca do embarque enquanto gestante.

Data: \_\_/\_\_/

Assinatura da passageira: \_\_\_\_\_