

MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL  
DIRETORIA DE SAÚDE  
(Repartição do Cirurgião-Mor / 1808)

## DIRETRIZ PARA EVACUAÇÃO AEROMÉDICA DOS BENEFICIÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO COM SUSPEITA OU DIAGNOSTICADO COM COVID-19

### I- INTRODUÇÃO

a. A evacuação aeromédica (EVAM) é a atividade de transferência do paciente, por razões de ordem médica, para uma organização de saúde, ou desta para outra, localizada em outro município, estado ou país. Esta evacuação será realizada a pacientes nos casos de urgência e emergência, decorrente da indisponibilidade de leitos na cidade de origem para atender pacientes com suspeitas ou diagnosticados com COVID-19.

b. A atividade de evacuação custeará as despesas com o transporte, em razão de prescrição médica, para a localidade da organização de saúde de destino, bem como o de retorno para a localidade de origem, de militares na ativa, de inativos, pensionistas contribuintes do FuSex, servidores civis e Ex-Cmb e de seus dependentes devidamente autorizados por autoridade competente.

c. A execução da evacuação aeromédica depende de:

I - parecer escrito, exarado por médico militar que assiste o beneficiário;

II - autorização do Comandante da Região Militar (Cmt RM), na área sob sua jurisdição; e

III - autorização do Diretor de Saúde para evacuações entre as Regiões Militares.

### II- DA ATRIBUIÇÃO DO DGP

Realizar o repasse de recursos financeiros, por intermédio da DPGO, de acordo com a atividade e subatividade, destinados à evacuação aeromédica.

### III- DA ATRIBUIÇÃO DA D Sau

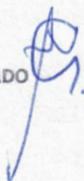
Analisar e autorizar as evacuações entre Regiões Militares.

### IV- DAS ATRIBUIÇÕES DA RM

- a. Planejar, orientar, coordenar e controlar as atividades relacionadas à evacuação na área sob sua jurisdição;
- b. Autorizar as evacuações dentro da área regional e submeter à apreciação da D Sau os demais casos; e
- c. Celebrar convênios ou contratos julgados necessários, para viabilizar a execução da evacuação aeromédica.

### V- DAS ATRIBUIÇÕES DA OM/OMS

- a. Realizar contato com OMS de destino ou OCS credenciada mediante relatório médico (Anexo B) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado (Anexo C ou D) solicitando transferência do beneficiário com suspeita ou diagnosticado com COVID-19. Após autorização da UAt de destino, a OM/OMS deverá comunicar a necessidade de evacuação à autoridade competente para autorizar o acionamento da empresa contratada pela RM de vinculação.
- b. Remeter para RM, o pedido de evacuação (Anexo A), o relatório médico (Anexo B) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C ou D)
- c. Adotar as providências necessárias à execução da evacuação, com ênfase especial ao horário de chegada da aeronave no local de origem da evacuação.
- d. Na impossibilidade de realizar evacuação dentro da RM, o médico deverá ligar-se com a OMS de outra RM priorizando a mais próxima para execução da evacuação.
- e. Ligar e remeter para empresa contratada, via correio eletrônico, os dados do paciente, o relatório médico, o termo de consentimento livre e esclarecido assinado e o local de origem e destino da evacuação.

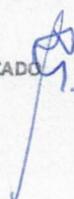


## VI- DA EVACUAÇÃO AEROMÉDICA

- a. A evacuação aeromédica deverá ser iniciada de imediato ao acionamento, por intermédio de canal de atendimento 24 horas, devendo estar em condições de executar a decolagem da aeronave UTI, devidamente equipada, contendo a bordo a equipe de saúde, bem como os materiais e equipamentos de saúde necessários para o transporte do paciente.
- b. As aeronaves devem ser pressurizadas, modelo turbo hélice ou a jato, destinadas ao transporte dos pacientes, a fim de permitir a acomodação e fixação da Cápsula de Isolamento de Pacientes (*PID-Patient Isolation Device*), destinada ao transporte de pacientes com infecção respiratória, dotadas de equipamentos médicos hospitalares homologados pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- c. A evacuação em UTI aérea deverá ser realizada por Profissionais da área de Saúde e devidamente registrados nos Conselhos Regionais, integrando a equipe, tais como: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem e Emergência Médicas e Condutores de Veículos de Urgência.
- d. A empresa de UTI aérea deverá disponibilizar uma central de atendimento telefônico, em funcionamento ininterrupto, por vinte e quatro horas do dia, nos sete dias da semana, operando com profissionais habilitados a prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio médico, contendo equipamento para recebimento de relatórios, bem como disponibilidade de receber documentação através de e-mail.
- e. Todas as evacuações aeromédicas deverão ser inter-hospitalares, ou seja, a execução dos serviços será compreendida no intervalo entre o recebimento do paciente pela Equipe Médica da prestadora de Serviço na origem e na entrega do mesmo à Equipe Médica responsável pelo atendimento na unidade hospitalar de destino, ressalvada a hipótese de emergência médica pré-hospitalar que terá a sua origem na localização do paciente.

## VII – DA CADEIA DE EVACUAÇÃO AEROMÉDICA

### 1) Dentro da RM



- a. OMS de referência ou OCS credenciada que tenha condições de atender o quadro clínico do paciente.
- b. A autoridade responsável pelo acionamento da EVAM deverá informar o fato ao Cmt RM e/ou Ch EM da RM, por escrito na primeira oportunidade.
- c. A autorização da evacuação aeromédica ficará a cargo da própria RM.

## **2) Fora da RM**

- a. OMS de referência que tenha condições de atender o quadro clínico do paciente.
- b. A autoridade responsável pelo acionamento da EVAM deverá informar o fato ao Cmt RM e/ou Ch EM da RM, por escrito na primeira oportunidade.
- c. A autorização da evacuação aeromédica ficará a cargo da D Sau.

## **3) Hospitais de outras Forças/ HFA**

- a. Na impossibilidade de vagas na OMS de referência ou na rede credenciada, a OM/OMS poderá realizar contato prévio para verificar se os Hospitais da Marinha, Aeronáutica na sua jurisdição (RM) ou o HFA tem condições de atender o quadro clínico do paciente.
- b. A autoridade responsável pelo acionamento da EVAM deverá informar o fato ao Cmt RM e/ou Ch EM da RM, por escrito na primeira oportunidade.
- c. A coordenação ficará a cargo do Ministério da Defesa (participação do médico de serviço no MD).

## **VIII- PRESCRIÇÕES DIVERSAS**

- a. No caso de Evacuação Aeromédica utilizando aeronave militar, a coordenação ficará a cargo do Ministério da Defesa-MD (Cmdo Cj) com a participação do médico de serviço do MD.
- b. Todos os casos elegíveis para transporte aéreo e internação no HFA deverão ser analisados criteriosamente, por médico militar da origem e equipe técnica do HFA composta por médicos da Divisão de Medicina, conforme critérios estabelecidos pelo MD.

c. O transporte aeromédico deve ser realizado APENAS com o paciente em maca de isolamento tipo bolha.

d. A equipe de pilotos, tripulantes operacionais, médicos e enfermeiros quanto a medidas de controle de infecção por coronavírus (Suspeitos e Confirmados) durante o transporte aeromédico devem utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) padrão para o atendimento do beneficiário.

#### IX- DISPONIBILIDADE DE SERVIÇO DE EVACUAÇÃO AEROMÉDICA VIGENTE NAS REGIÕES MILITARES

RM	Nome empresa	UTI aérea	Contrato NACIONAL	Contrato REGIONAL (dentro RM)	Incluído na contratação (apoio com UTI móvel terrestre )
1ª RM	LÍDER TAXI AÉREO S/A	SIM	SIM *COVID-19	-	SIM
3ª RM	UNIAIR TAXI AEREO	SIM	NÃO	SIM *COVID-19	SIM
4ª RM	UNIMED AEROMEDICA	SIM	SIM *COVID	-	SIM
6ª RM	BRASIL VIDA TAXI AÉREO	SIM	SIM *COVID-19	-	SIM
7ª RM	HERINGER AVIAÇÃO	SIM	SIM *COVID-19	-	Não
8ª RM	BRASIL VIDA TAXI AÉREO	SIM	SIM *COVID-19	-	SIM
9ª RM	AMAPIL	SIM	SIM *COVID-19	-	SIM
10ª RM	BRASIL VIDA TAXI AÉREO	SIM	SIM *COVID-19	-	SIM
11ª RM	HERCULES TAXI AÉREA	SIM	SIM *COVID-19	-	SIM
12ª RM	MANAUS AEROTAXI	SIM	SIM *COVID-19	-	Não

  
Gen Div ALEXANDRE FALCÃO CORRÊA  
Diretor de Saúde



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL  
DIRETORIA DE SAÚDE  
(Repartição do Cirurgião-Mor / 1808)**

**Anexo A  
MODELO PEDIDO DE EVACUAÇÃO**

Do: Cmt/Ch/Dr OM/OMS

Ao: Cmdo xx RM

ORGANIZAÇÃO MILITAR DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

COMANDO CONJUNTO: \_\_\_\_\_

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

a) LOCALIDADE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

b) NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_ Prec-Cp/ Matrícula/ RA

\_\_\_\_\_ Posto/Graduação \_\_\_\_\_

c) IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_

d) Histórico e Estado atual, temperatura, pulso, e pressão arterial: \_\_\_\_\_

e) Tratamento atual: \_\_\_\_\_

f) MÉDICO RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO:

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone com código DDD: \_\_\_\_\_

g) Sentado ou em maca? \_\_\_\_\_

h) LOCAL DE EMBARQUE DO PACIENTE? \_\_\_\_\_

i) HOSPITAL DE DESTINO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

j) RESPONSÁVEL PELO PEDIDO DA MISSÃO:

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

k) OUTRAS INFORMAÇÕES: \_\_\_\_\_

l) FAMILIAR DE CONTATO:

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

m) OBSERVAÇÕES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

n) DADOS DO ACOMPANHANTE LEIGO

Nome \_\_\_\_\_ Identidade \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

OMS/OCS de origem \_\_\_\_\_

OMS de destino \_\_\_\_\_

Telefone contato na origem \_\_\_\_\_

Telefone contato no destino \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Cmt/Ch/Dr OM/OMS





**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL  
DIRETORIA DE SAÚDE  
(Repartição do Cirurgião-Mor / 1808)**

**Anexo B**

**MODELO DE RELATÓRIO MÉDICO**

**1. Dados do Paciente:**

Nome –

Idade –

Endereço –

Telefone –

Contato do responsável legal –

Sumário Clínico do Paciente:

HDA –

HPP –

**2. Parâmetros Clínicos:**

SpO2-

FR-

FC-

Febre persistente ( ) Sim ( ) Não

Parâmetros Radiológicos:

TC de tórax-

**3. Parâmetros Laboratoriais:**

Existe teste negativo de :

( ) Dengue

( ) Malária

( ) Leptospirose

**4. Critérios Desejáveis de Inclusão**

( ) D-dímero > 1.000 ng/ml

( ) Níveis elevados de troponina

( ) RT-PCR positivo

**5. Dados do Médico Responsável:**

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone de Contato: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Hospital de Origem: \_\_\_\_\_

**6. CONTATOS**

OMS/OCS de origem \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

OMS/OCS de destino \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Telefone contato na origem \_\_\_\_\_

Telefone contato no destino \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico Responsável





**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL  
DIRETORIA DE SAÚDE  
(Repartição do Cirurgião-Mor / 1808)**

**Anexo C**

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, paciente atendido no hospital \_\_\_\_\_, autorizo meu transporte por meio aéreo, para o hospital \_\_\_\_\_, para continuação do tratamento médico.

Com base no Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019), Art. 22 e Art. 34.

Declaro que fui devidamente esclarecido a respeito do meu estado de saúde atual e da necessidade de transferência por meio aéreo, assim como dos riscos envolvidos nessa modalidade de transporte, concordando com todos os procedimentos necessários executados pela equipe de saúde para a preservação e manutenção da minha vida.

Este Termo e as informações prestadas serão lançadas em prontuário médico

Ciente de tudo, concordo com esse traslado e subscrevo.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura por extenso)

Testemunha 1: \_\_\_\_\_

Testemunha 2: \_\_\_\_\_



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL  
DIRETORIA DE SAÚDE  
(Repartição do Cirurgião-Mor / 1808)**

**Anexo D**

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, responsável legal pelo paciente \_\_\_\_\_ atendido no hospital \_\_\_\_\_, autorizo o seu transporte por meio aéreo, para o hospital \_\_\_\_\_, para continuação do tratamento médico.

Com base no Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019), Art. 22 e Art. 34.

Declaro que fui devidamente esclarecido a respeito do estado de saúde atual do paciente e da necessidade de transferência por meio aéreo, assim como dos riscos envolvidos nessa modalidade de transporte, concordando com todos os procedimentos necessários executados pela equipe de saúde para a preservação e manutenção da vida do paciente.

Este Termo e as informações prestadas serão lançadas em prontuário médico

Ciente de tudo, concordo com esse traslado e subscrevo.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura por extenso)

Testemunha 1: \_\_\_\_\_

Testemunha 2: \_\_\_\_\_

**Obs: Deverá ser preenchido pelo responsável legal, quando o beneficiário estiver impedido de assinar o termo.**