

## FREMEC – Formulário de Solicitação Inicial

Prezado Passageiro,

Antes de preencher o formulário abaixo, pedimos que responda às seguintes perguntas:

- 1/ Viaja em maca ou incubadora: SIM ( ) NÃO ( )
- 2/ Apresenta algum impedimento mental ou intelectual, que não lhe permita compreender as instruções de segurança: SIM ( ) NÃO ( )
- 3/ Necessita de assistência para suas necessidades fisiológicas: SIM ( ) NÃO ( )

**Caso tenha respondido SIM a uma ou mais perguntas acima, de acordo com a resolução vigente (ANAC280), será necessário que o passageiro viaje acompanhado.**

**O preenchimento desse formulário não caracteriza o aceite na concessão do desconto.**

### PNAE

1/ Nome completo: \_\_\_\_\_

2/ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

3/ Endereço completo: \_\_\_\_\_

4/ Natureza da incapacidade/deficiência (faça uma descrição detalhada indicando a cronologia):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5/ A deficiência é estável? SIM ( ) NÃO ( )  
 5.1/ Se SIM, desde quando? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

6/ Outras comorbidades? SIM ( ) NÃO ( )  
 6.1/ Se SIM, quais? Faça um relato detalhado, com história clínica e medicação em uso:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7/ Indique se sua deficiência é: Leve ( ) Moderada ( ) Severa ( )

8/ Necessita de Cadeira de Rodas? SIM ( ) NÃO ( )

9/ Se usa ou solicita cadeira de rodas, favor indicar qual das seguintes alternativas melhor supre sua necessidade:

a/ Uso de cadeira de rodas de e para a aeronave, para subir degraus e acessar o lugar na aeronave - levantamento físico necessário -. **(WCHC)** SIM ( ) NÃO ( )

b/ Uso de cadeira de rodas de e para a aeronave, para subir e descer degraus, porém com capacidade de acessar autonomamente seu lugar na aeronave. **(WCHS)** SIM ( ) NÃO ( )

c/ Uso de cadeira de rodas de conforto pessoal. Capaz de subir e descer degraus, de acessar o seu lugar na aeronave, porém precisa de suporte para longas distâncias. **(WCHR)** SIM ( ) NÃO ( )

- 10/ O passageiro pode utilizar o assento da aeronave na posição vertical quando solicitado? SIM ( ) NÃO ( )
- 11/ O passageiro tem deficiência visual? SIM ( ) NÃO ( )  
 a/ Se SIM, o passageiro deverá apresentar relatório adicional de médico oftalmologista.  
 b/ Se SIM, o passageiro viajará acompanhado de cão guia? SIM ( ) NÃO ( )
- 12/ O passageiro tem deficiência auditiva? SIM ( ) NÃO ( )  
 a/ Se SIM, o passageiro deverá apresentar relatório adicional de médico otorrinolaringologista.  
 b/ Se SIM, o passageiro conhece a Linguagem Brasileira de Sinais - LIBRAS? SIM ( ) NÃO ( )
- 13/ O passageiro requer algum outro tipo de assistência? SIM ( ) NÃO ( )  
 a/ Se SIM quais? \_\_\_\_\_
- 14/ O passageiro requer algum equipamento especial? SIM ( ) NÃO ( )  
 a/ Se SIM, quais? \_\_\_\_\_
- 15/ O passageiro é capaz de viajar desacompanhado? SIM ( ) NÃO ( )  
 a/ Se NÃO, quais atividades o passageiro tem restrição

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B/ Se não, indique nome completo, profissão, grau de parentesco e telefone de contato do acompanhante. Máximo de até 3 (três) pessoas cadastradas.

1/ \_\_\_\_\_

2/ \_\_\_\_\_

3/ \_\_\_\_\_

**Nota1:** A tripulação não está autorizada a dar assistência especial (e.x. carregar / levantar) para um passageiro de forma particular em detrimento do seu serviço aos outros passageiros. Adicionalmente, é treinada apenas em primeiros socorros e não está autorizada a aplicar ou fornecer qualquer medicação.

**Nota2:** Caso o passageiro se enquadre na concessão do FREMEC, estas informações permitirão que sejam tomadas as providências necessárias para segurança e conforto do mesmo.

**Nota3:** A concessão do desconto para acompanhante, quando cabível, é aplicável somente a **UM** dos indicados acima.

Nome do médico e CRM: \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Telefone de contato - Consultório: DDD ( ) \_\_\_\_\_ Celular: DDD ( ) \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Assinatura do médico: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do passageiro: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_