

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 ____/____/____