

Prezado Doutor,

O cartão FREMEC é uma identificação dos credenciados da IATA, que permite que as empresas aéreas ofereçam melhores serviços aos passageiros com necessidades especiais.

Por isso, se o seu paciente é um passageiro frequente, com uma deficiência não grave e estável, e solicitou o preenchimento do formulário anexo, tenha em consideração que:

- O cartão só pode ser emitido para condições médicas crônicas e estáveis; e sem comorbidades.
- O cartão não pode ser emitido para passageiros com condições agudas ou para passageiros que necessitam de oxigênio para uso a bordo (cilindro ou concentrador). Obs.: A Azul não transporta cilindro de oxigênio.

O formulário de solicitação inicial deve ser preenchido pelo médico assistente, de maneira legível e sem abreviações, em nome do Requerente, acompanhado de recomendações médicas e de indicações sobre o período em que a deficiência deverá manter-se estável.

Obs.: A Azul não faz transporte de maca a bordo.

Desde que sejam estáveis, as seguintes condições médicas geralmente não necessitam de autorização médica e, portanto, não exigem qualquer assistência especial:

- Diabetes Mellitus;
- Pressão arterial alta ou colesterol alto;
- Artrite;
- Membros artificiais.

Algumas condições, requerem documentação adicional, além desse formulário. Seguem alguns exemplos:

- Deficiência visual - necessário anexar laudo oftalmológico informando acuidade visual em cada olho, realizado há no máximo 12 meses;
- Deficiência auditiva - necessário anexar avaliação audiométrica realizada há no máximo 12 meses;
- TEA (Transtorno do Espectro Autista) - necessário laudo do médico assistente emitido há no máximo 12 meses informando ausência de comorbidades, estabilidade do quadro.

OBS: Para outras condições, poderão ser solicitados documentos adicionais (exames, relatórios de especialistas etc.) durante a análise, a critério da equipe médica da Companhia.

Agradecemos sua cooperação.

Área emitente: Saúde e Bem-Estar

Página: 2 de 6

Revisão: 01

Data: 18/11/2024

**1. Identificação do passageiro:**

Nome:	Telefone:	Idade:
Data de nascimento:	Endereço completo:	
CPF/RNE/PASSAPORTE/Outro (especificar):		

**2. Identificação do médico:**

Nome:	
CRM e Estado:	Telefone para contato (com DDD):
E-mail:	Especialidade:
Data do preenchimento:	Local:
Assinatura do médico:	

**3. Natureza da incapacidade / deficiência (faça uma descrição detalhada indicando a cronologia):**

A deficiência é estável? ( ) Sim ( ) Não		Desde quando?
A deficiência é considerada progressiva? ( ) Sim ( ) Não	A deficiência é permanente ( ) Sim ( ) Não	
Se sim, quais? Faça um relato detalhado, com história clínica e medicação em uso:		

**4. Mobilidade:**

É necessário cadeira de rodas para embarque?	( ) Sim	( ) Não
Se sim, qual tipo de cadeira?	( ) WCHR (Paciente pode subir escadas e caminhar na cabine)	
	( ) WCHS (Paciente não pode subir escadas, mas pode caminhar na cabine)	
	( ) WCHC (Paciente não pode subir escadas e não pode caminhar na cabine)	
O paciente pode usar o assento da aeronave na posição vertical quando necessário?	( ) Sim	( ) Não
O paciente pode ficar sentado no assento com os joelhos fletidos?	( ) Sim	( ) Não
Necessita de maca a bordo?	( ) Sim	( ) Não

**5. Deficiência Visual:**

O passageiro tem uma deficiência visual: ( ) Sim ( ) Não	Se sim, o passageiro deverá anexar exame de acuidade visual e relatório do oftalmologista.
Se sim, o passageiro viajará acompanhado de cão guia? ( ) Sim ( ) Não	

Área emitente: Saúde e Bem-Estar

Página: 3 de 6

Revisão: 01

Data: 18/11/2024

**6. Deficiência auditiva:**

O passageiro tem uma deficiência auditiva? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, o passageiro deverá anexar audiometria e relatório adicional de médico otorrinolaringologista.

Se sim, o passageiro conhece a Linguagem Brasileira de Sinais – LIBRAS? ( ) Sim ( ) Não

**7. Doença cardiovascular:**

Apresenta doença cardiovascular? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, indicar diagnóstico(s) e atual estado clínico:

Condição clínica atual está compensada / estabilizada? ( ) Sim ( ) Não

Pode o paciente caminhar 100 metros em um ritmo normal ou subir 10-12 degraus sem sintomas? ( ) Sim ( ) Não

**8. Doença pulmonar:**

Apresenta doença pulmonar: ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, indicar diagnóstico(s) e atual estado clínico:

Condição clínica atual está compensada / estabilizada? ( ) Sim ( ) Não

Usa oxigênio em casa ( ) Sim ( ) Não

Pode o paciente caminhar 100 metros em um ritmo normal ou subir 10-12 degraus sem sintomas? ( ) Sim ( ) Não

**9. Convulsões:**

Apresenta convulsões: ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, qual a data da última crise:

São bem controladas por medicação? ( ) Sim ( ) Não

**10. Doença psiquiátrica:**

Apresenta doença psiquiátrica: ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, indicar diagnóstico(s):

Condição clínica atual está compensada / estabilizada? ( ) Sim ( ) Não

Local:

Data:

Nome do médico e CRM legíveis ou carimbo e assinatura:

Área emitente: Saúde e Bem-Estar

Página: 4 de 6

Revisão: 01

Data: 18/11/2024

**11. Hospitalização recente:**

Hospitalização recente: ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, indicar diagnóstico(s) e anexar resumo de alta hospitalar:

Data da alta hospitalar:

**12. Outras comorbidades:**

Apresenta outras doenças/comorbidades (exemplo: Hematológicas, endocrinológicas, neurológicas, reumatológicas, ginecológicas/obstétricas, etc): ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, indicar diagnóstico(s):

Condição clínica atual está compensada / estabilizada? ( ) Sim ( ) Não

**13. Anemia**

Apresenta anemia: ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, informar hemoglobina: *(necessário anexar hemograma atualizado (10 dias))***14. Lista de medicamentos em uso:****15. Equipamento especial:**

O passageiro requer algum equipamento especial? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, qual?

Local:

Data:

Nome do médico e CRM legíveis ou carimbo e assinatura:

Área emitente: Saúde e Bem-Estar

Página: 5 de 6

Revisão: 01

Data: 14/11/2024

IATA Resolução 700 Anexo B parte I: **DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO (A)****1. Identificação do paciente:**

Nome:		Idade:	
Data de nascimento:	Peso:	Altura:	Sexo:

**3. Diagnóstico(s) - Descrever detalhadamente:**

Diagnóstico:
Data de início:
Evolução Clínica:
Tem comorbidades? Quais?
Tratamentos e medicações em uso:
Prognóstico:
CID:
Pode uma redução de 25% a 30% na pressão parcial do Oxigênio ambiente (Hipóxia relativa) afetar a condição médica do paciente? (A pressão da cabine passa a ser o equivalente a uma viagem rápida e uma montanha na altitude de 2400 metros (8000 pés) acima do nível do mar): ( ) Sim ( ) Não ( ) Não tenho certeza

**4. Sinais vitais:**

Pressão arterial:	mmHg	Frequência cardíaca:	BPM	Frequência respiratória:	IPM
Temperatura:	°C	Saturação de oxigênio:	%	( ) Ar ambiente ( ) O <sup>2</sup> suplementar	

**Assinatura de médico (a), carimbo e data:**

----------------------

Área emitente: Saúde e Bem-Estar

Página: 6 de 6

Revisão: 01

Data: 18/11/2024

**16. Declaração Médica de Necessidade de Acompanhante para o PNAE** *(Preencher somente se passageiro necessitar de acompanhante em voo, nos termos abaixo).*

De acordo com a Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) e sua resolução n° 280 (<https://www.gov.br/anac/pt-br/assuntos/passageiros/acessibilidade#acompanhante>), a maioria dos PNAE (passageiro com necessidade de assistência especial) possui autonomia para viajar sem a necessidade de um acompanhante. Apenas tem direito ao desconto o acompanhante do PNAE com deficiência ou mobilidade reduzida que:

- Viaje em maca ou incubadora;
- Em virtude de impedimento de natureza mental ou intelectual, não possa compreender as instruções de segurança de voo; ou
- Não possa atender às suas necessidades fisiológicas sem assistência.

OBS: CUIDADOS GERAIS COM CRIANÇAS, NÃO RELACIONADOS A UMA DEFICIÊNCIA/ENFERMIDADE, NÃO SERÃO CONSIDERADOS COMO CRITÉRIO DE INDICAÇÃO DE ACOMPANHANTE PARA PNAE

Identificação do médico

Nome: \_\_\_\_\_ CRM/Estado: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Declaro que o paciente: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Tem o diagnóstico de: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

E se enquadra na seguinte condição abaixo:

Necessita viajar em maca ou incubadora: ( ) Sim ( ) Não . OBS: Azul não transporta maca ou incubadora.

Tem algum impedimento de natureza mental, intelectual ou sensorial para compreender as instruções de segurança de voo?  
*(Esse critério será aplicado somente a adultos, para fins de indicação da necessidade de acompanhante):* ( ) Sim ( ) Não

Se sim, escrever detalhadamente o que impede o paciente de compreender as instruções de segurança de voo:

Pode atender às suas necessidades fisiológicas sem assistência: ( ) Sim ( ) Não.  
*Se não, responda as 3 próximas perguntas:*

Tem alguma limitação para se alimentar sozinho em decorrência de uma deficiência/enfermidade?  
*(se criança, não considerar limitações normais da idade).* ( ) Sim ( ) Não

Se sim, escrever detalhadamente o que impede o paciente de realizar essa atividade:

Tem alguma limitação para utilizar o banheiro sozinho em decorrência de uma deficiência /enfermidade?  
*(se criança, não considerar limitações normais da idade).* ( ) Sim ( ) Não

Se sim, escrever detalhadamente o que impede o paciente de realizar essa atividade:

Tem alguma limitação para se locomover sozinho em decorrência de uma deficiência/enfermidade?  
*(se criança, não considerar limitações normais da idade).* ( ) Sim ( ) Não

Se sim, escrever detalhadamente o que impede o paciente de realizar essa atividade:

O acompanhante indicado é devidamente capacitado para atender todas as necessidades a bordo? ( ) Sim ( ) Não

É necessário o paciente viajar com um profissional da saúde? ( ) Sim ( ) Não

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Nome do médico e CRM legíveis ou carimbo e assinatura: \_\_\_\_\_