

Estimado Doctor,

La tarjeta FREMEC es una identificación de las aerolíneas acreditadas por la IATA, que permite a las aerolíneas ofrecer mejores servicios a los pasajeros con necesidades especiales.

Por lo tanto, si su paciente es un pasajero frecuente, con una discapacidad no grave y estable, y ha solicitado que se complete el formulario adjunto, tenga en cuenta que:

- La tarjeta solo se puede emitir para condiciones médicas crónicas y estables; y sin comorbilidades.
- La tarjeta no podrá emitirse a pasajeros con enfermedades agudas ni a pasajeros que requieran oxígeno para su uso a bordo (cilindro o concentrador). Nota: Azul no transporta cilindros de oxígeno.

El formulario de solicitud inicial deberá ser completado por el médico tratante, en forma legible y sin abreviaturas, en nombre del Solicitante, acompañado de recomendaciones médicas e indicaciones sobre el período durante el cual la incapacidad deberá permanecer estable.

Nota: Azul no transporta camillas a bordo.

Mientras sean estables, las siguientes condiciones médicas generalmente no requieren autorización médica y, por lo tanto, no requieren asistencia especial:

- Diabetes Mellitus;
- Presión arterial alta o colesterol alto;
- Artritis;;
- Miembros artificiales.

Algunas condiciones requieren documentación adicional además de este formulario. A continuación se muestran algunos ejemplos:

- Discapacidad visual: se requiere adjuntar informe oftalmológico informando la agudeza visual en cada ojo, realizado no más de 12 meses atrás;
- Discapacidad auditiva: se requiere adjuntar evaluación audiométrica realizada no más de 12 meses atrás;
- TEA (Trastorno del Espectro Autista): se requiere informe del médico tratante con antigüedad no mayor a 12 meses, que conste ausencia de comorbilidades y estabilidad del cuadro.

NOTA: Para otras condiciones, se podrán solicitar durante el análisis documentos adicionales (exámenes, informes de especialistas, etc.), a criterio del equipo médico de la Compañía.

Agradecemos su cooperación.



Área de emisión: Salud y Bienestar	Página: 2 de 6	Revisión: 01	Fecha: 18/11/2024
------------------------------------	----------------	--------------	-------------------

1. Identificación del pasajero:

Nombre:		Teléfono:	Edad:
Fecha de Nacimiento:	Dirección completa:		
CPF/RNE/PASAPORTE/Otro (especificar):			

2. Identificación del médico:

Nombre:	
CRM y Estado:	Número de teléfono de contacto (con código de área):
Correo electrónico:	Especialidad:
Fecha del llenado:	Lugar:
Firma del médico:	

3. Naturaleza de la discapacidad/deficiencia (proporcione una descripción detallada indicando la cronología):

¿La discapacidad es estable? () Sí () No	¿Desde cuándo?	
¿Se considera la discapacidad progresiva? () Sí () No	La incapacidad es permanente () Sí () No	
Si es así ¿cuáles? Proporcione un informe detallado, con historial clínico y medicación en uso:		

4. Movilidad:

¿Es necesaria una silla de ruedas para embarcar?	() Sí	() No
Si es así ¿qué tipo de silla?	() WCHR (El paciente puede subir escaleras y caminar en la cabina)	
	() WCHS (El paciente no puede subir escaleras, pero puede caminar en la cabina)	
	() WCHC (El paciente no puede subir escaleras ni caminar en la cabina)	
¿Puede el paciente utilizar el asiento del avión en posición vertical cuando sea necesario?	() Sí	() No
¿Puede el paciente sentarse en el asiento con las rodillas dobladas?	() Sí	() No
¿Necesita una camilla a bordo?	() Sí	() No

5. Discapacidad Visual:

El pasajero tiene una discapacidad visual: () Sí () No	Si es así, el pasajero deberá adjuntar un examen de agudeza visual y un informe del oftalmólogo.
Si es así, ¿el pasajero viajará con un perro guía? () Sí () No	



Área de emisión: Salud y Bienestar	Página: 3 de 6	Revisión: 01	Fecha: 18/11/2024
------------------------------------	----------------	--------------	-------------------

6. Discapacidad auditiva:

¿El pasajero tiene discapacidad auditiva? () Sí () No	Si es así, el pasajero deberá adjuntar una audiometría y un informe adicional del médico otorrinolaringólogo.
Si es así, ¿el pasajero conoce la Lengua de Señas Brasileña – LIBRAS? () Sí () No	

7. Enfermedad cardiovascular:

¿Tiene enfermedad cardiovascular? () Sí () No
En caso afirmativo, indique el(los) diagnóstico(s) y el estado clínico actual:
¿El estado clínico actual está compensado/estabilizado? () Sí () No
¿Puede el paciente caminar 100 metros a un ritmo normal o subir 10-12 escaleras sin síntomas? () Sí () No

8. Enfermedad pulmonar:

Presenta enfermedad pulmonar: () Sí () No	
En caso afirmativo, indique el(los) diagnóstico(s) y el estado clínico actual:	
¿El estado clínico actual está compensado/estabilizado? () Sí () No	Utiliza oxígeno en casa () Sí () No
¿Puede el paciente caminar 100 metros a un ritmo normal o subir 10-12 escaleras sin síntomas? () Sí () No	

9. Convulsiones:

Presenta convulsiones: () Sí () No
En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha de la última crisis?
¿Están bien controladas con medicación? () Sí () No

10. Enfermedad psiquiátrica:

Presenta enfermedad psiquiátrica: () Sí () No
En caso afirmativo, indique el(los) diagnóstico(s):
¿El estado clínico actual está compensado/estabilizado? () Sí () No

Lugar:	Fecha:	Nombre del médico y CRM legibles o sello y firma:

Área de emisión: Salud y Bienestar	Página: 4 de 6	Revisión: 01	Fecha: 18/11/2024
------------------------------------	----------------	--------------	-------------------

11. Hospitalización reciente:

Hospitalización reciente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, indique el(los) diagnóstico(s) y adjunte el resumen del alta hospitalaria:
Realización del alta hospitalaria:

12. Otras comorbilidades:

Tiene otras enfermedades/comorbilidades (ejemplo: Hematológica, endocrinológica, neurológica, reumatológica, ginecológica/obstétrica, etc.): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, indique el(los) diagnóstico(s):
¿El estado clínico actual está compensado/estabilizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

13. Anemia

Tiene anemia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, informar hemoglobina: <i>(se debe adjuntar hemograma actualizado (10 días))</i>

14. Lista de medicamentos en uso:

--

15. Equipo especial:

¿El pasajero requiere algún equipo especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es así ¿cuál?

Lugar:	Fecha:	Nombre del médico y CRM legibles o sello y firma:
--------	--------	---



Área de emisión: Salud y Bienestar	Página: 5 de 6	Revisión: 01	Fecha: 18/11/2024
------------------------------------	----------------	--------------	-------------------

Resolución 700 de la IATA Anexo B parte I: **DEBE SER COMPLETADA POR EL(LA) MÉDICO(A)**

1. Identificación del paciente:

Nombre:		Edad:	
Fecha de Nacimiento:	Peso:	Altura:	Sexo:

3. Diagnóstico(s) - Describa en detalle:

Diagnóstico:
Fecha de inicio:
Evolución clínica:
¿Tiene comorbilidades? ¿Cuáles?
Tratamientos y medicamentos en uso:
Pronóstico::
CID:
¿Puede una reducción del 25% al 30% en la presión parcial de oxígeno ambiental (Hipoxia relativa) afectar la condición médica de un paciente? (La presión de la cabina se vuelve equivalente a la de un vuelo rápido y una montaña a una altitud de 2400 metros (8000 pies) sobre el nivel del mar): () Sí () No () No estoy seguro

4. Signos vitales:

Presión arterial:	mmHg	Frecuencia cardíaca:	BPM	Frecuencia respiratoria:	IPM
Temperatura:	°C	Saturación de oxígeno:	%	() Aire ambiente () O ² suplementario	

Firma, sello y fecha del(de la) médico(a):

--

Área de emisión: Salud y Bienestar	Página: 6 de 6	Revisión: 01	Fecha: 18/11/2024
------------------------------------	----------------	--------------	-------------------

16. Declaración Médica de Necesidad de Acompañante para PNAE (Llenar solo si el pasajero necesita un acompañante en el vuelo, bajo los términos a continuación).

Según la Agencia Nacional de Aviación Civil (ANAC) y su resolución no. 280 (<https://www.gov.br/anac/pt-br/asuntos/pasajeros/accesibilidad#acompañante>), la mayoría de los PNAE (pasajeros con necesidades de asistencia especial) tienen autonomía para viajar sin necesidad de acompañante. Solo los acompañantes del PNAE con discapacidad o movilidad reducida tendrán derecho al descuento si:

- Viajar en camilla o en incubadora;
- Debido a una discapacidad mental o intelectual, no puede comprender las instrucciones de seguridad del vuelo; o
- No puede satisfacer sus necesidades fisiológicas sin ayuda.

NOTA: EL CUIDADO GENERAL DE LOS NIÑOS, NO RELACIONADO CON UNA DISCAPACIDAD/ENFERMEDAD, NO SE CONSIDERARÁ COMO UN CRITERIO PARA INDICAR UN ACOMPAÑANTE PARA PNAE

Identificación del médico:

Nombre:

CRM/Estado:

CPF:

Declaro que el paciente:

CPF:

Le han diagnosticado:

CID:

Y se ajusta a la siguiente condición a continuación:

Necesita viajar en camilla o en incubadora: () Sí () No . NOTA: Azul no lleva camilla ni incubadora.

¿Tiene alguna discapacidad mental, intelectual o sensorial para comprender las instrucciones de seguridad del vuelo?
(Este criterio solo se aplicará a los adultos, a los efectos de indicar la necesidad de acompañante). () Sí () No

Si es así, escriba en detalles qué impide que el paciente comprenda las instrucciones de seguridad del vuelo:

Puede satisfacer sus necesidades fisiológicas sin ayuda. () Sí () No.
En caso contrario, responda las siguientes 3 preguntas:

¿Tiene alguna limitación para alimentarse debido a alguna discapacidad/enfermedad?
(si es niño, no considere las limitaciones de edad normales).

() Sí

() No

Si es así, escriba detalladamente qué impide al paciente realizar esta actividad:

¿Tiene alguna limitación para utilizar el baño solo debido a alguna discapacidad/enfermedad?
(si es niño, no considere las limitaciones de edad normales).

() Sí

() No

Si es así, escriba detalladamente qué impide al paciente realizar esta actividad:

¿Tiene alguna limitación para desplazarse solo debido a alguna discapacidad o enfermedad?
(si es niño, no considere las limitaciones de edad normales).

() Sí

() No

Si es así, escriba detalladamente qué impide al paciente realizar esta actividad:

¿El acompañante indicado está debidamente capacitado para atender todas las necesidades a bordo?	() Sí	() No
¿Es necesario que el paciente viaje acompañado de un profesional sanitario?	() Sí	() No

Lugar:	Fecha:	Nombre del médico y CRM legibles o sello y firma:
--------	--------	---