

Área de emisión: Salud y Bienestar

Página: 1 de 6

Revisión: 01

Fecha: 18/11/2024

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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Desde cuándo?
¿Se considera la discapacidad progresiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La incapacidad es permanente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si es así ¿qué tipo de silla?	<input type="checkbox"/> WCHR (El paciente puede subir escaleras y caminar en la cabina)		
	<input type="checkbox"/> WCHS (El paciente no puede subir escaleras, pero puede caminar en la cabina)		
	<input type="checkbox"/> 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?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Puede el paciente sentarse en el asiento con las rodillas dobladas?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita una camilla a bordo?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

5. Discapacidad Visual:

El pasajero tiene una discapacidad visual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 NoUtiliza 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: Sí No

En caso afirmativo, indique el(s) diagnóstico(s) y adjunte el resumen del alta hospitalaria:

Realización del alta hospitalaria:

12. Otras comorbilidades:Tiene otras enfermedades/comorbilidades (ejemplo: Hematológica, endocrinológica, neurológica, reumatólogica, ginecológica/obstétrica, etc.): Sí No

En caso afirmativo, indique el(s) diagnóstico(s):

¿El estado clínico actual está compensado/estabilizado? Sí No**13. Anemia**Tiene anemia: Sí No

En caso afirmativo, informar hemoglobina: (se debe adjuntar hemograma actualizado (10 días))

14. Lista de medicamentos en uso:**15. Equipo especial:**¿El pasajero requiere algún equipo especial? Sí 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#acompanante>), 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 pueda 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).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

¿Es necesario que el paciente viaje acompañado de un profesional sanitario?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

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