

Caros passageiros,

Para facilitar a viagem de passageiros regulares com condições médicas estáveis, após a análise de cada caso, nossa empresa passará a emitir o cartão FREMEC - Cartão Médico.

O cartão FREMEC traz os seguintes benefícios:

- Não é mais necessário apresentar atestado médico ou autorização para viajar. Enquanto a condição se mantiver estável, basta apresentar o cartão FREMEC dentro da validade;
- Para garantir privacidade, o cartão não cita a condição médica, apenas as necessidades do passageiro;
- Somente o departamento médico da companhia aérea tem acesso às informações médicas (Sigilo Médico).

Importante:

- Os passageiros titulares do cartão devem informar à companhia aérea sempre que sua condição médica mudar ou se agravar.
- Para que os preparativos necessários possam ser feitos com antecedência, o número do cartão deve ser informado no momento da reserva de voos.

Caso tenha interesse, por favor, solicite ao seu médico o preenchimento do formulário em anexo. Depois de completo, encaminhe ao SAC da Azul Linhas Aéreas Brasileiras pelo e-mail fremec@voeazul.com.br.

Pedimos que as questões abaixo também sejam respondidas e enviadas junto com o formulário.

Nome completo: _____

Endereço permanente: _____

Telefone: _____

Estimativa do número de viagens por ano: _____

Destinos habituais: _____

Você é capaz de caminhar sem ajuda? _____

Você pode subir escadas? _____

Em caso de dúvidas, escreva para fremec@voeazul.com.br.

Prezado Doutor,

O novo 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 solicitou o preenchimento do formulário anexo, tenha em consideração que:

- O cartão só pode ser emitido para condições médicas crônicas e estáveis;
- O cartão não pode ser emitido para passageiros com novas necessidades ou para passageiros que necessitam de oxigênio para uso a bordo.

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

Podem se eleger para o FREMEC e solicitar assistência especial os passageiros com as seguintes condições médicas (desde que sejam crônicas e estáveis):

- Deficiência de locomoção;
- Deficiência Visual;
- Deficiência Auditiva.

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.

Ao fornecer as informações solicitadas no Formulário, você renuncia a confidencialidade das informações divulgadas.

Agradecemos sua cooperação.

1. Nome Completo _____

2. Data de nascimento _____ CPF: _____

3. Endereço completo _____

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

5. A deficiência é estável? Sim () Não () Desde quando ____/____/____.

6. Outras Comorbidades? Sim () Não ()

6a. 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 ()

8.a Se você usa ou solicita uma cadeira de rodas, por favor Indique qual das seguintes alternativas melhor descreve a sua mobilidade e exigência: _____

8.a.1. Requerem o uso de cadeira de rodas para distância, de e para a aeronave, para acessar a aeronave subir e descer degraus e acessar o seu lugar (levantamento físico necessário). WCHC ()

8.a.2. Requerem o uso de cadeira de rodas para distância, de para a aeronave, para acessar a aeronave subir e descer degraus, porém com capacidade para acessar o seu lugar. WCHC ()

8.a.3. Requerem o uso de cadeira de rodas para distância, de e para aeronave, porém com capacidade de acessar a aeronave subir e descer degraus, e para acessar o seu lugar. WCHC ()

8.b O passageiro pode utilizar o assento da aeronave na posição vertical quando solicitado?
Sim () Não ()

9. Acompanhante

9.a O passageiro é capaz de viajar desacompanhado? Sim () Não ()

9.b O passageiro é capaz de realizar atividades da vida cotidiana? Sim () Não ()

9.b.1 Se não, quais atividades o passageiro tem restrição? _____

9.b.2 Se não, indique o acompanhante, nome completo, profissão, grau de parentesco e telefone de contato.

Indique os dados dos possíveis acompanhantes, até o máximo de 3 (três) _____

10. O passageiro tem uma deficiência visual? Sim () Não ()

10.a Se sim, o passageiro deverá apresentar relatório adicional de médico oftalmologista.

10.b Se sim, o passageiro viajará acompanhado de cão guia? Sim () Não ()

11. O passageiro tem uma deficiência auditiva?

11.a Se sim, o passageiro deverá apresentar relatório adicional de médico otorrinolaringologista.

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

12. O passageiro requer algum outro tipo de assistência? Sim () Não ()

12.a Se sim, quais?

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

13.a Se sim, qual?

Nota1: A concessão do desconto para acompanhante quando cabível, é aplicável somente a um dos indicados acima.

14. Nome do médico e CRM – UF

15. Endereço completo

16. Telefone de contato: Consultório () Celular ()

17. Assinatura do médico

18. Data ____/____/____.

19. Assinatura do passageiro

20. Data ____/____/____.

IATA – Resolução 700 Anexo B – Parte Um

11. Nome do paciente _____

Data de Nascimento _____ Sexo _____ Altura _____ Peso _____

2. Médico autorizado _____

E-mail _____ Fax (código país & cidade) _____

Telefone (celular / código país & cidade) _____

3. Diagnóstico (incluindo data do início da doença, episódio ou acidente e tratamento, especificar se contagioso) _____

Natureza e data de qualquer cirurgia recente (independente do porte) _____

4. Sinais e sintomas atuais. (Especificar severidade – sinais vitais obrigatórios) _____

5. 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 ()

6. Informações clínicas adicionais

a. Anemia Sim () Não () Se Sim, enviar resultado recente de Hemoglobina

b. Transtorno psiquiátrico / convulsões Sim () Não () Se Sim, veja Parte 2

c. Doença Cardiovascular Sim () Não () Se Sim, veja Parte 2

d. Controle vesical normal Sim () Não () Se Não, indique a forma de Controle

e. Controle intestinal normal Sim () Não ()

f. Doença Respiratória Sim () Não () Se Sim, veja Parte 2

g. O paciente faz uso de oxigênio em casa? Sim () Não () Se Sim, especifique quanto _____ LPM

h. Necessidade de oxigênio a bordo? Sim () Não ()

Se Sim, especifique _____ (de 2 LPM a 8 LPM) _____ LPM Fluxo Contínuo? Sim () Não ()

7. Acompanhante

a. O paciente é capaz de viajar desacompanhado? Sim () Não ()

b. Se não, o paciente possui um acompanhante para cuidá-lo em suas necessidades a bordo?

Sim () Não ()

c. Se sim, quem deverá acompanhar o paciente? Médico () Enfermeira () Outro ()

d. Se outro, está o acompanhante devidamente treinado para atender todas as necessidades acima?

Sim () Não ()

8. Mobilidade

a. Capaz de deambular sem ajuda ou assistência? Sim () Não ()

b. Necessário cadeira de rodas para embarque?

Sim () Não () Se sim, _____ até a aeronave _____ até o assento _____

c. O paciente pode usar o assento da aeronave na posição VERTICAL quando necessário? Sim () Não ()

d. Necessita de MACA A BORDO? Sim () Não ()

9. Lista de Medicamentos em uso _____

10. Outras Informações médicas _____

IATA – Resolução 700 Anexo B – Parte Dois

1. Doença Cardiovascular

a. Angina

Sim () Não () Data do último episódio ____/____/____.

• A condição atual é estável? Sim () Não ()

• Classificação funcional do paciente? Assintomático () Angina aos grandes esforços ()

Angina aos pequenos esforços () Angina no repouso ()

• Pode o paciente caminhar 100 metros em um ritmo normal ou subir 10-12 degraus sem sintomas?

Sim () Não ()

b. Infarto do Miocárdio

Sim () Não () Data ____/____/____.

• Complicações? Sim () Não ()

Se sim, informe detalhadamente _____

• Realizou teste ergométrico? Sim () Não ()

Se sim, reporte o resultado _____

• Se foi submetido a angioplastia ou ponte de safena,

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

Sim () Não ()

c. Insuficiência Cardíaca? Sim () Não () Data do último episódio ____/____/____.

• O paciente está controlado com medicação? Sim () Não ()

• Classificação funcional do paciente? Assintomático () Dispneia aos grandes esforços ()

Dispneia aos pequenos esforços () Dispneia no repouso ()

d. Síncope:

Sim () Não () Data do último episódio ____/____/____.

Investigada? Sim () Não () Se sim, reporte o resultado _____

2. Doença Pulmonar crônica

a. O paciente tem exames de gasometria recente? Sim () Não ()

b. Gasometria foi colhida em: Ar ambiente () Oxigênio () LPM

Se sim, reporte o resultado ____ pCO₂ ____ pO₂ ____ Saturação Data de exame ____/____/____.c. O paciente retém CO₂? Sim () Não ()

d. Teve sua condição deteriorada recentemente? Sim () Não ()

e. Pode o paciente caminhar 100 metros em um ritmo normal ou subir 10-12 degraus sem sintomas?

Sim () Não ()

f. O paciente já viajou em avião comercial nestas mesmas condições? Sim () Não ()

• Se sim, quando? _____

• Apresentou algum problema? Se sim, qual? _____

3. Doença Psiquiátrica

Sim () Não ()

a. Existe a possibilidade de que o paciente apresente agitação durante o voo? Sim () Não ()

b. O paciente já viajou em avião comercial antes? Sim () Não ()

• Se sim, data da viagem _____ O paciente viajou: Sozinho () Acompanhado ()

4. Convulsões

Sim () Não ()

a. Que tipo de convulsões? _____

b. Frequência das convulsões? _____

c. Data da última crise convulsiva? _____

d. São as convulsões controladas por medicação? Sim () Não ()

5. Prognóstico para a viagem:

Bom () Ruim () Não sabe ()

Nota1: 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 seja aceito, estas informações permitirão que sejam tomadas as providências necessárias para segurança e conforto do mesmo.

Assinatura e carimbo do médico _____

Local e Data _____