



FREMEC – FORMULARIO
SOLICITAÇÃO INICIAL

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 () Desde quando/...../.....

6. Outras Comorbidades? Sim () Não ()

6.a 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 e para a aeronave, para acessar a aeronave subir e descer degraus, porém com capacidade para acessar o seu lugar. WCHS ()

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

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 do 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? Sim () Não ()
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 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.

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/...../.....