



CHE 0411-01/ANAC
CHETA 2006-12-0VRN-01-00

FORMULÁRIO - FREMEC

Folha de informação para passageiros que requeiram Assistência Especial

Por favor, envie este formulário para o Departamento de Reservas da GOL com antecedência mínima de 48 horas de embarque previsto.
FREMEC@voegol.com.br

A ser preenchido pelo **Passageiro ou Responsável Legal**. Responder **TODAS** as questões
Preencher com **LETRA DE FORMA LEGÍVEL** ou **DIGITAÇÃO**.

IATA - Resolução 700 Anexo A

1. Sobrenome / Nome / Título _____

2. Registro de nome do Passageiro (LOCALIZADOR) _____

3. Itinerário previsto _____

Empresa(s), Número do voo(s) _____

Classe(s), data(s), Trecho(s), situação da reserva _____

4. Natureza da incapacidade ou doença _____

5. Motivo da viagem _____

6. **Necessita de cadeiras de rodas** _____ Sim _____ Não

Se o passageiro: (sobe escada/anda na cabine) **WCHR** _____ (não sobe escada/anda na cabine) **WCH** _____ (imóvel) **WCHC** _____

Cadeira de Rodas: Própria _____ Sim _____ Não Dobrável _____ Sim _____ Não Motorizada _____ Sim _____ Não

Tipo de Bateria _____ Seca _____ Líquida Bateria Líquida é considerada carga perigosa

7. **Acompanhante / auxiliar atendente para necessidades básicas a bordo** _____ Sim _____ Não

Se pessoa já destinada, indicar o nome e contato _____

Em caso de deficientes visuais e/ou auditivos, especificar se estará acompanhado por cão guia. _____ Sim _____ Não

8. **Outras necessidades em solo** _____ Sim _____ Não

Se sim, especificar que outros serviços são necessários _____

Aeroporto de partida _____

Aeroporto de conexão _____

Aeroporto de destino _____

9. **Serviços especiais a bordo** _____ Sim _____ Não

Se sim, especificar (refeição especial, assento extra, cinto especial, outras necessidades) _____

10. **Portador de FREMEC** _____ Sim _____ Não

Se sim, Número do FREMEC _____ Expedido por _____ Data de vencimento _____

Nota1: Suprimentos especiais, como oxigênio, maca, etc. requerem sempre o preenchimento compelto de MEDIF e o envio com antecedência mínima de 72 horas para análise do departamento médico da companhia aérea, **estando o embarque do passageiro sujeito à autorização deste.**

Nota2: Se o transporte for aceito, taxas, quando necessárias, relevantes para a providência dos equipamentos ou necessidades acima mencionadas devem ser pagas pelo passageiro. Concordo em reembolsar o transportador, se solicitado, por qualquer despesa especial proveniente da minha viagem.

Eu aceito que a transportadora pode negar o meu embarque se a minha condição for incompatível com os dados fornecidos ou se meu transporte possa pôr em perigo os outros passageiros, a operação do voo ou a minha própria saúde. Eu libero a transportadora se seus funcionários de qualquer responsabilidade em relação a quaisquer consequência para o meu estado de saúde durante ou por consequência do transporte aéreo.

11. **Declaração que todas as informações acima correspondem à verdade**

Local _____ Data _____ Assinatura do passageiro ou Responsável _____