



FREMEC – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO INICIAL



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

Prezado Doutor,

O 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; caso ocorra alguma alteração clínica na vigência do benefício FREMEC, a empresa aérea deverá ser comunicada para nova análise.
- O cartão FREMEC tem validade de até 1 ano.
- O cartão não pode ser emitido 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;
- Deficiência Intelectual.

Assinatura e carimbo do médico(a) autorizado(a) pelo paciente _____ Data ____/____/____



FREMEC – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO INICIAL

1. Nome Completo _____
Idade _____
Data de nascimento _____
CPF _____
(Favor escrever com letra legível, pois este dado constará no cartão FREMEC)

2. Endereço Completo _____
(Favor escrever com letra legível, pois este dado constará no cartão FREMEC)

3. Cidade _____ Estado _____
(Favor escrever com letra legível, pois este dado constará no cartão FREMEC)

4. Telefone (____) _____
(Favor escrever com letra legível, pois este dado constará no cartão FREMEC)

5. Diagnóstico(s) (Faça um breve histórico do quadro clínico atual, evolução, tratamento etc. – Não informar somente o CID ou diagnóstico, caso contrário o documento será devolvido)

6. A deficiência/doença é estável? Sim Não Desde quando ____/____/____

7. A deficiência/doença é considerada progressiva Sim Não

8. Doença Cardiovascular Sim Não
Caso afirmativo, indicar diagnóstico(s), condição clínica atual está compensada / estabilizada? Sim Não

9. Doença Pulmonar Sim Não
Caso afirmativo, indicar diagnóstico(s), condição clínica atual está compensada / estabilizada? Sim Não

Assinatura e carimbo do médico(a) autorizado(a) pelo paciente _____ Data ____/____/____



FREMEC – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO INICIAL

10. Convulsões Sim Não
Caso afirmativo, qual a data da última crise convulsiva? ____/____/____
São bem controladas por medicação? Sim Não
11. Doença Psiquiátrica Sim Não
Caso afirmativo, indicar diagnóstico(s), condição clínica atual está compensada / estabilizada? Sim Não

12. Hospitalização recente Sim Não data da alta hospitalar ____/____/____
Anexar resumo de alta hospitalar
13. Outras doenças/comorbidades (exemplo: Hematológicas, endocrinológicas, neurológicas, reumatológicas, ginecológicas/obstétricas, etc) Sim Não
Caso afirmativo, indicar diagnóstico(s), condição clínica atual está compensada / estabilizada? Sim Não

14. Apresenta anemia Sim Não caso afirmativo anexar hemograma atualizado (10 dias)
15. Lista de Medicamentos em uso

16. Necessita de cadeira de rodas? Sim Não
Caso afirmativo indique qual das seguintes alternativas melhor descreve a sua mobilidade e exigência:
WCHC () Requer o uso de cadeira de rodas para acessar a aeronave subir e descer degraus e acessar o seu lugar (levantamento físico necessário)
WCHS () Requer o uso de cadeira de rodas para acessar a aeronave subir e descer degraus, porém com capacidade para acessar o seu lugar
WCHR () Requer o uso de cadeira de rodas para locomoção até o portão de embarque, porém com capacidade de acessar a aeronave subir e descer degraus e para acessar o seu lugar

Assinatura e carimbo do médico(a) autorizado(a) pelo paciente _____ Data ____/____/____



FREMEC – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO INICIAL



17. O passageiro pode utilizar o assento da aeronave na posição vertical quando solicitado? Sim Não
18. O passageiro e capaz de viajar desacompanhado? Sim Não
Caso negativo, o acompanhante é capacitado para atender as necessidades do passageiro a bordo? Sim Não
19. O passageiro tem alguma deficiência visual? Sim Não
Caso afirmativo, deverá apresentar relatório adicional de médico oftalmologista informando acuidade visual
O passageiro viajará acompanhado de cão guia Sim Não
20. O passageiro tem alguma deficiência auditiva? Sim Não
Caso afirmativo, deverá apresentar relatório adicional de médico otorrinolaringologista com avaliação audiométrica
21. O passageiro requer algum equipamento especial? Sim Não
Caso afirmativo, qual? _____

Assinatura e carimbo do médico(a) autorizado(a) pelo paciente _____ Data ____/____/____