



ENC: [LATAM] Seu caso foi atualizado #66700542

De: Raquel Aguiar Moura (raqueldaguiar@hotmail.com)

Para: terezinhahonorio@yahoo.com.br

Data: domingo, 14 de setembro de 2025 às 10:43 BRT

Boa tarde, Terezinha!!

Segue e-mail recebido após o primeiro contato com a latam por telefone. A funcionária Foi a Thaise Almeida, no dia 15/07 por volta das 19h. Foi aberto o protocolo de número 66700542.

Nesse contato recebi a informação que poderia iniciar a solicitação antes da compra das passagens.

---

De: Raquel Aguiar Moura <raqueldaguiar@hotmail.com>

Enviado: sexta-feira, 25 de julho de 2025 10:17

Para: LATAM Airlines <grp\_customer\_services\_cc@sac.latam.com>

Assunto: RE: [LATAM] Seu caso foi atualizado #66700542

Olá Thaise, bom dia!

Gostaria de orientações quanto a documentação necessária para solicitação de desconto para acompanhante de criança, 8 anos com autismo.

Tivemos contato por telefone, abrimos o protocolo de número 66700542 e posteriormente recebi de você o formulário MEDIF. Depois vi que existe outro formulário específico para TEA, o FREMEC.

- Preciso preencher os dois?
- Na parte 1 do MEDIF solicita as informações de seguro viagem, ainda não temos, pois, a passagem não foi comprada. Pode ficar em branco?
- Ainda não compramos a passagem da criança em questão, pois gostaríamos de efetuar a compra apenas após o resultado da análise. Podemos fazer dessa forma?

RAQUEL DE AGUIAR MOURA

CPF 999.637.523-49

(85) 98516-9491 (favor enviar pelo whatsapp)

Grata,  
no aguardo!

---

De: Thaise Almeida Da Silva (LATAM Airlines) <grp\_customer\_services\_cc@sac.latam.com>

Enviado: terça-feira, 15 de julho de 2025 19:51

Para: Raquel Moura <raqueldaguiar@hotmail.com>

Assunto: [LATAM] Seu caso foi atualizado #66700542

##- Não escreva abaixo desta linha -##

[www.latam.com]



---

**Thaise Almeida Da Silva (LATAM)**

15 de jul. de 2025, 18:51 GMT-4

Olá, Raquel Moura,

Esperamos que esteja bem. Gostaríamos de lhe enviar o formulário MEDIF para preenchimento. Pedimos também que anexe o atestado médico.

Pedimos que nos envie essas informações o mais breve possível e lembramos que estamos aqui para ajudar sempre que precisar.

Atenciosamente,

Equipe LATAM Airlines

Atenciosamente

Thaise Almeida Da Silva

Atendimento ao Cliente

LATAM Airlines

Anexo(s)

FORMULARIO\_MEDIF\_PT.pdf

**Precisa de ajuda? Contate-nos.**

**Acompanhe o status do seu caso na nossa Central de ajuda**

Para mais informações, visite [www.latam.com](http://www.latam.com)

© LATAM Airlines Group S.A. - todos os direitos reservados

[20KZGM-J799R]



Não contém vírus. [www.avg.com](http://www.avg.com)

Fw: MEDIF/FREMEC Leonardo Moura Gurgel

De: Raquel Aguiar Moura (raqeldaguiair@hotmail.com)

Para: terezinhahonorio@yahoo.com.br

Data: domingo, 14 de setembro de 2025 às 10:50 BRT

Seguindo...

Depois do e-mail da THAISE, recebi vários e-mails com orientações, inclusive falando que a compra só poderia ser feita após o resultado da solicitação do desconto, mas como já havia falado por telefone e recebido uma orientação diferente, segui com o envio das documentações solicitadas.

---

De: Raquel Aguiar Moura

Enviado: sábado, 26 de julho de 2025 08:53

Para: medif@latam.com <medif@latam.com>; paulolaerte@hotmail.com <paulolaerte@hotmail.com>

Assunto: MEDIF/FREMEC Leonardo Moura Gurgel

Bom dia!

Segue em anexo documentação solicitada para análise do desconto concedido ao acompanhante de passageiro com autismo.

Informo ainda que a passagem do passageiro em questão ainda não foi comprada, pois gostaríamos de efetuar a compra das duas passagens no mesmo momento.

Pelas orientações recebidas nos enviaram dois números de protocolos, os quais irei disponibilizar aqui:

66700542 primeiro protocolo

66832086 segundo protocolo

RAQUEL DE AGUIAR MOURA GURGEL

CPF. 999.637.523-49

(85) 98516-9491

Grata.

No aguardo



FREMEC Leonardo Moura Gurgel.pdf

4.1 MB



MEDIF Leonardo Moura Gurgel.pdf

4.5 MB



Laudo Médico Leonardo Moura Gurgel.pdf

1.1 MB



RG Leonardo Moura Gurgel.pdf

843.8 kB



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**GOVERNO FEDERAL**

Estado do Ceará  
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social



Nome / Name  
**LEONARDO MOURA GURGEL**

Nome Social / Social Name

Registro Geral - CPF / Personal Number  
**103.599.163-25**

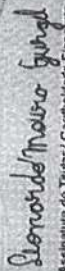
Data de Nascimento / Date of Birth  
**07/01/2017**

Naturalidade / Place of Birth  
**FORTALEZA / CE**

Sexo / Sex  
**M**

Nacionalidade / Nationality  
**BRA**

Validade / Expiry  
**10/07/2029**



Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

A10005362513



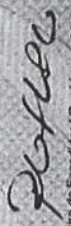
210

Filiação / Filiation  
**RAQUEL DE AGUIAR MOURA GURGEL**  
**PAULO LAERTE ROCHA GURGEL**

Órgão Expedidor / Card Issuer  
**PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ**  
**COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO-CIHFB**

Local / Place of Issue  
**FORTALEZA**

Emissão / Issue  
**10/07/2024**



Assinatura do Expedidor / Card Issuer Signature  
**Ricardo Figueiras Rocha**  
Coordenador de Identificação Humana



Vida

**LEENº 7 116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983**



Paciente: LEONARDO MOURA GURGEL

Data Nasc.: 07/01/2017

Idade: 8 Anos 2 Meses

Sexo: Masculino

Atendimento: 11293166

Carteira: 0630020073115118

Plano: MULTIPLAN - ENF

Unidade: ELETIVO ALDEOTA

Data Doc.: 20/03/2025 11:02:40

## LAUDO MÉDICO

ATESTO QUE LEONARDO MOURA GURGEL APRESENTA DIAGNOSTICO DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE, COM SOCIALIZAÇÃO EMPOBRECIDA (MAIS EVIDENTE EM CONTEXTOS SOCIAIS COMPLEXOS), CONTATO VISUAL EFÊMERO, DIFICULDADE NA PERCEPÇÃO DOS SENTIMENTOS DE TERCEIROS, COM FALA LACONICA, ALTERAÇÃO NA PROSODIA, DIFICULDADE DE COMPREENSAO DE VARIAS FIGURAS DE LIGUAGEM, RIGIDEZ COMPORTAMENTAL, APEGO A ROTINA.

DEVE REALIZAR ACOMPANHAMENTO CONTINUAMENTE, DE PREFERENCIA COM A MESMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR COMPOSTA POR FONAUDIOLOGIA 1X/SEMANA, TERAPIA ALIMENTAR 1X/SEMANA, PSICOMOTRICIDADE 1X/SEMANA, TERAPIA OCUPACIONAL 1X/SEMANA (INTEGRAÇÃO SENSORIAL), E PSICOLOGIA 1X/SEMANA EM SERVIÇO ESPECIALIZADO.

NA ESCOLA DEVE SENTAR PROXIMO À LOUSA, TER TESTES ADAPTADOS, PARA QUE OS MESMOS SEJAM ADEQUADOS AO CONHECIMENTO DO ALUNO, ENQUANTO PERMANECE DESAFIANTE O SUFICIENTE PARA MANTER O INTERESSE. CASO PREFIRA, DEVE REALIZAR OS TESTES EM AMBIENTE SEPARADO E COM PROFESSOR DE APOIO. DEVE AINDA TER MAIS FLEXIBILIDADE NAS ATIVIDADES. TEM DIREITO A PROFISSIONAL DE APOIO NA ESCOLA (LEI BERENICE PIANA). DEVE SER INCENTIVADO QUANTO À PROXIMIDADE DE COLEGAS QUE COMPARTILHAM SEU INTERESSE.

CID.11 6 A02 6 A05

CID.10 F84 F90

Dr. José Araújo de Andrade Neto  
Neurologista / Neurofisiologista  
CRM 14793

JOSE ARAUJO DE ANDRADE NETO / CRM - CRM: 14793  
14793

20/03/2025 11:02:37

# MEDIF

Formulário padrão de informações médicas para viagens aéreas

Responda a TODAS as perguntas. Marque um (x) nas caixinhas "SIM" ou "NÃO". Use LETRA DE IMPRENSA.



## PARTE 1ª

Para ser completado pelo passageiro

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                    |                                                                         |                                                                         |                                                                                |                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nome do passageiro <b>LEONARDO MOURA GURGEL</b>                                                                                                                                    |                                                                         |                                                                         |                                                                                | Idade <b>8 ANOS</b>                                                                                                                                                                     |
| Seguro de viagem/ Nº seguro de viagem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                    |                                                                         |                                                                         |                                                                                |                                                                                                                                                                                         |
| B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Itinerário proposto                                                                                                                                                                | De                                                                      | Para                                                                    | Data                                                                           | PNR (Cód reserva)                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                    | <b>FOR</b>                                                              | <b>SCL</b>                                                              | <b>11/10/2025</b>                                                              |                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                    | <b>SCL</b>                                                              | <b>FOR</b>                                                              | <b>19/10/2025</b>                                                              |                                                                                                                                                                                         |
| As transferências de um voo a outro precisam de mais tempo de conexão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                    |                                                                         |                                                                         |                                                                                |                                                                                                                                                                                         |
| C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Loja LATAM ou agência                                                                                                                                                              |                                                                         |                                                                         |                                                                                | Telefone                                                                                                                                                                                |
| D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Precisa de cadeira de rodas?                                                                                                                                                       | Sim <input type="checkbox"/><br>Não <input checked="" type="checkbox"/> | Consegue locomover-se sozinho em distâncias curtas?                     | Sim <input checked="" type="checkbox"/><br>Não <input type="checkbox"/>        | Passageiros viajando com cadeiras de roda próprias com baterias devem verificar os requisitos para transporte de mercadorias perigosas no site <a href="http://latam.com">latam.com</a> |
| E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ACOMPANHANTE PROPOSTO: nome, sexo, idade, profissão e ofício, segmentos (se forem diferentes aos do passageiro); no caso de pessoa não qualificada, anote "ACOMPANHANTE DA VIAGEM" |                                                                         |                                                                         |                                                                                | Em caso de passageiros com deficiência visual ou auditiva, indique se viaja com cão de assistência.                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Mãe: RAQUEL DE AGUIAR</b><br><b>MOURA GURGEL, SEXO FEMININO</b><br><b>41 ANOS, FISIOTERAPEUTA</b>                                                                               |                                                                         |                                                                         |                                                                                |                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Caso o passageiro viaje sozinho, indique pessoa de contato, nome e telefone                                                                                                        |                                                                         |                                                                         |                                                                                |                                                                                                                                                                                         |
| F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | O passageiro requer coordenação, para que a ambulância acesse as instalações do aeroporto?                                                                                         | Sim <input type="checkbox"/><br>Não <input checked="" type="checkbox"/> | Empresa de ambulância:<br>Telefone de contato:<br>Endereço no destino:  |                                                                                |                                                                                                                                                                                         |
| G                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Durante o voo, os níveis parciais de oxigênio são diminuídos (hipóxia relativa) entre 25% e 30%. Essa situação afeta a condição médica do passageiro?                              |                                                                         |                                                                         |                                                                                | Sim <input type="checkbox"/><br>Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                 |
| H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Requerimentos especiais no voo tais como assento extra (apenas assento ao lado do passageiro), comida especial (apenas nos voos em que está disponível)                            |                                                                         | Sim <input checked="" type="checkbox"/><br>Não <input type="checkbox"/> | Especifique<br><b>SUCOS DE LATA OU MANGA E BOLACHAS, BISCOITOS E/OU SNACKS</b> |                                                                                                                                                                                         |
| <p>Informa</p> <p>Eu, autorizo que o médico _____ proporcione à LATAM Airlines Group as informações requeridas por seus departamentos médicos com a finalidade de determinar minha aptidão para o transporte aéreo e, consequência, isento o referido médico das respectivas obrigações éticas a respeito. Concordo em pagar ao médico os honorários devidos. Estou ciente que, na hipótese de o transporte ser aceito, minha viagem estará sujeita às condições gerais de transporte e tarifas da companhia transportadora e que o transportador não assume qualquer responsabilidade que exceda tais condições e tarifas. Assumo a responsabilidade, sob meu próprio risco, sobre quaisquer consequências eventual que o transporte por via aérea possa ter em meu estado de saúde e isento o transportador, seus empregados e agentes de quaisquer responsabilidades por tais consequências, especialmente (mas não limitado a) casos de gastos provenientes de complicações no estado de saúde derivadas de pré-existências. Isento o transportador, ainda assim, de toda responsabilidade com relação a qualquer gasto que possa incorrer em função do meu estado de saúde se um voo for cancelado ou atrasado por motivos de segurança ou de força maior. Concordo em reembolsar o transportador conforme sua exigência, por qualquer gasto especial ou custos relacionados ao meu transporte. Aceito que a companhia aérea poderá negar o meu embarque se minha condição de saúde não for coincidente com os dados proporcionados ou se meu embarque puder colocar em risco minha saúde, a dos demais passageiros ou as operações de voos.</p> <p><b>IMPORTANTE:</b><br/>Onde se fizer necessário, deve ser lido pelo(a) passageiro(a), assinado e datado por ele(a) ou em seu nome.</p> |                                                                                                                                                                                    |                                                                         |                                                                         |                                                                                |                                                                                                                                                                                         |
| Local                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                    | Data                                                                    | Assinatura do passageiro                                                |                                                                                | Telefone de contato                                                                                                                                                                     |

# MEDIF

Ficha de informações médicas (Apenas para uso oficial)



## 2ª PARTE

A ser preenchida pelo médico responsável pelo tratamento

Este formulário deve ser preenchido, no máximo, 10 dias antes da partida do voo e entregue à companhia até 48 horas antes da viagem.

Este formulário tem por objetivo proporcionar as informações necessárias que permitam aos departamentos médicos das companhias aéreas avaliar as condições do passageiro para a viagem. Se o passageiro for aceito, esta informações permitirão compartilhar as instruções necessárias com vistas a proporcionar ao passageiro o máximo de bem-estar e comodidade. Solicita-se ao médico responsável pelo tratamento responder a todas as perguntas, marcando com um x (x) na caixinha respectiva "sim" ou "não" e/ou prestar respostas concisas e precisas.

Recomendamos preencher o formulário usando letra de imprensa

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MEDA 01<br>Dados do passageiro                          | Nome completo do paciente <u>Leonardo Moura Gurpel</u>                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |
|                                                         | Sexo <u>Masculino</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Idade <u>8 anos</u>                                                                                                              |
| MEDA 02<br>Dados do médico                              | Nome do médico responsável pelo tratamento <u>Caio de Aguiar Maia</u>                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                  |
|                                                         | CPF/RG/CRM <u>005.030.273-67/200002318459/111992</u>                                                                                                                                                                                                                                                                 | Telefone de contato <u>(85) 981881100</u>                                                                                        |
| MEDA 03<br>Diagnóstico atual e antecedentes do paciente | Especialidade <u>Psiquiatra</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | E-mail <u>caioamce@gmail.com</u>                                                                                                 |
|                                                         | Relatório médico (médico deve anexar diagnóstico detalhado)                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                  |
|                                                         | Diagnóstico médico/cirúrgico atual (deve dizer se o quadro se encontra resolvido/alta) <u>Transtorno do Espectro Autista</u>                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                  |
|                                                         | Antecedentes morbidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                  |
|                                                         | Dia/mês/ano dos primeiros sintomas <u>Observados ao longo do 4º ano de vida em diante</u>                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                  |
|                                                         | Data de diagnóstico atual ou tempo de evolução <u>Acompanhado há mais de 3 anos</u>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| MEDA 04<br>(Risco durante a viagem)                     | Passageiro se encontra em condições de ser transportador por avião? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |
|                                                         | Prognóstico para a viagem                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                  |
| MEDA 05                                                 | Risco vital:                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                  |
|                                                         | Baixo ou sem risco <input checked="" type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Recomenda-se não voar <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |
| MEDA 06                                                 | Sofre de enfermidade contagiosa e/ou transmissível no momento da viagem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                  |
|                                                         | Data de início da enfermidade, qual?                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |
| MEDA 07<br>(Autonomia do paciente)                      | O paciente associado ao diagnóstico anterior apresenta alguma alteração com relação a:                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |
|                                                         | Controle de esfíncter Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Conduta Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Outra:                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |
| MEDA 08<br>Acompanhante                                 | O paciente tem independência durante o voo para:                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                  |
|                                                         | Comer Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ir ao banheiro Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Entender instruções de segurança Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Outros <u>Se comunicar de forma eficaz, não</u> |                                                                                                                                  |
| MEDA 09<br>(Oxigênio)                                   | No caso de viajar acompanhado, especifique o tipo de acompanhante(*):                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                  |
|                                                         | Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Paramédico <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                          |                                                                                                                                  |
| MEDA 10<br>MEDA 11                                      | (*) O adulto acompanhante deve estar física e mentalmente apto para lidar com a presença em uma cabine de um avião, bem como prestar assistência ao passageiro em condições de emergência ou necessidades de serviço (fisiológicas e/ou de alimentação)                                                              |                                                                                                                                  |
|                                                         | Paciente viaja com seu próprio concentrador de oxigênio portátil (POC)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                    | Quantidade de fluxo LT/min                                                                                                       |
|                                                         | Modelo:<br>Marca:<br>Selo:                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Duração da bateria do equipamento:<br><br>(DEVE DURAR 150% DAS HORAS DE VIAGEM, incluindo escalas e tempos de espera).....horas. |
|                                                         | Pode ser desconectado em breves lapsos em caso de necessidade? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |
| MEDA 12<br>MEDA 13                                      | Fornecer lista de medicações do paciente e via de administração (todas são de responsabilidade exclusiva do paciente).                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |
|                                                         | 1. <u>Cyberbids 40mg/ml vo</u> 2. <u></u> 3. <u></u><br>4. <u>Melatonina vo</u> 5. <u></u> 6. <u></u>                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                  |
| MEDA 14                                                 | Requer medicação antes do voo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
|                                                         | Requer medicação durante o voo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |
| MEDA 12<br>MEDA 13                                      | Paciente requer hospitalização? (Em caso positivo, indicar os acertos efetuados ou, se não foram feitos, indicar "Ação não tomada"). Deve-se anexar certificado do centro em que o paciente será hospitalizado.                                                                                                      | Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                             |
|                                                         | Requer hospitalização durante as escalas?                                                                                                                                                                                                                                                                            | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                        |
| MEDA 14                                                 | Requer hospitalização e/ou ambulância na chegada ao destino?                                                                                                                                                                                                                                                         | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                        |
|                                                         | (Para viagens superiores a 3 horas) No caso de apresentar transtorno de coagulação e/ou antecedentes de trombose, arritmias cardíacas, fratura em extremidade inferior etc, encontra-se em tratamento com anticoagulante oral/injetável no momento da viagem?                                                        | Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Especifique Qual _____                                      |

|                          |                                                                                                                                                                     |  |                                                                      |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|
| MEDA 15                  | De acordo com sua patologia principal/atual, o paciente se encontra estável para poder tolerar horas de voo em sua totalidade, sem complicações, incluindo escalas? |  | Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| MEDA 16<br>(Cirurgias)   | Tipo de cirurgia    Aberta <input type="checkbox"/> Laparoscópica <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>                                           |  |                                                                      |
|                          | Complicações durante a cirurgia?    Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                       |  |                                                                      |
| MEDA 17                  | Precisa de cadeira de rodas?    Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                |  |                                                                      |
|                          | Consegue flexionar os joelhos durante a viagem?    Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                             |  |                                                                      |
|                          | Consegue flexionar a cintura durante a viagem?    Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                              |  |                                                                      |
| MEDA 18<br>(Psiquiatria) | Apresenta alguma patologia psiquiátrica?    Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                               |  |                                                                      |
|                          | Qual?    Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Bipolaridade <input type="checkbox"/> Outra <u>Transtorno do Espectro Autista</u>                                   |  |                                                                      |
|                          | Encontra-se estável/bem controlada?    Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> (neuropsiquiátrica)                                     |  |                                                                      |

Importante:

- Os concentradores de oxigênio e suas baterias devem ser trazidos pelo passageiro e devem ter modelo aprovado pela autoridade aeronáutica.
- A LATAM não fornece elementos de uso fisiológico.
- A companhia poderá condicionar a aceitação do transporte e/ou negar o embarque do passageiro se, de acordo com os antecedentes apresentados neste formulário, existirem riscos tanto para a saúde do próprio passageiro quanto para a dos demais e nos casos em que o formulário não reflita o estado de saúde atual do passageiro no momento do embarque.

Informe-se sobre os termos e condições no site [latam.com](http://latam.com), na seção "Informações para a sua viagem"

O médico que assina, dr. Caio de Aguiar Maia, declara que o paciente encontra-se em condições de efetuar uma viagem por via aérea com as precauções descritas acima, sem risco de agravamento de sua condição como consequência direta do voo.

Data 24/07/2025    Local Fortaleza/CE    Assinatura do médico responsável pelo tratamento Caio de Aguiar Maia  
Psiquiatra  
CRM: 119921-6

# MEDIF

Formulário standar de información médica para el viaje aéreo

Responda TODAS as perguntas. Marque uma cruz (X) nas caixas "SIM" ou "NÃO".  
Use LETRA DE FORMA.

## PARTE 1ª

Para ser preenchida pelo passageiro

|                                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                         |                                                                                                       |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| A                                                                                   |                     | Nome do passageiro <b>LEONARDO MOURA GURGEL</b>                                                                                                                                                                                                          |                                                                         |                                                                                                       |                                                                         | Idade <b>8 ANOS</b>                                                                                                                                                                                                  |  |
| Seguro de viagem / Número do seguro de viagem                                       |                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                         |                                                                                                       |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                      |  |
| B                                                                                   | Itinerário proposto | De                                                                                                                                                                                                                                                       | Para                                                                    | Data                                                                                                  | PNR (Cód reserva)                                                       | As transferências de um voo para outro requerem um tempo de conexão MAIS LONGO                                                                                                                                       |  |
|                                                                                     |                     | <b>FORTALEZA</b>                                                                                                                                                                                                                                         | <b>SANTIAGO/CHI</b>                                                     | <b>11/10/2025</b>                                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                      |  |
|                                                                                     |                     | <b>SANTIAGO/CHI</b>                                                                                                                                                                                                                                      | <b>FORTALEZA</b>                                                        | <b>19/10/2025</b>                                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                      |  |
|                                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                         |                                                                                                       |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                      |  |
| C                                                                                   |                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                         |                                                                                                       |                                                                         | Telefone                                                                                                                                                                                                             |  |
| D                                                                                   |                     | Você precisa de uma cadeira de rodas?                                                                                                                                                                                                                    | Sim <input type="checkbox"/><br>Não <input checked="" type="checkbox"/> | Pode se movimentar sozinho por curtas distâncias?                                                     | Sim <input checked="" type="checkbox"/><br>Não <input type="checkbox"/> | Os passageiros que viajam em suas próprias cadeiras de rodas com baterias devem revisar os requisitos para o transporte de mercadorias perigosas em <a href="http://www.latamairlines.com">www.latamairlines.com</a> |  |
| E                                                                                   |                     | PROPOSTA DE ACOMPANHANTE: Nome, sexo, idade, profissão e ocupação, segmentos de voo se forem diferentes dos do passageiro, no caso de pessoa não qualificada, anote: ACOMPANHANTE DE VIAGEM                                                              |                                                                         |                                                                                                       |                                                                         | No caso de passageiros com deficiência visual ou auditiva, indique se viajam com cão-guia                                                                                                                            |  |
| Se estiver viajando sozinho, indique a pessoa de contato, nome e número de telefone |                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                         | <b>MÃE: RAQUEL DE AGUIAR</b><br><b>MOURA GURGEL, SEXO FEMININO,</b><br><b>41 ANOS, FISIOTERAPEUTA</b> |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                      |  |
| F                                                                                   |                     | São necessários outros preparativos em terra?                                                                                                                                                                                                            |                                                                         | Sim <input type="checkbox"/><br>Não <input checked="" type="checkbox"/>                               | Especifique                                                             |                                                                                                                                                                                                                      |  |
|                                                                                     |                     | Se você responder SIM, especifique (a) Acordo com a companhia aérea ou outra organização, (b) Quem cobre as despesas e (c) número (s) de telefone e endereços onde for necessário, ou qualquer pessoa em particular designada para ajudar ao passageiro. |                                                                         | (a) _____<br>(b) _____<br>(c) _____                                                                   |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                      |  |
| G                                                                                   |                     | Requisitos especiais de voo, como assento extra (apenas assento adjacente), comida especial (apenas em voos onde estiver disponível)                                                                                                                     |                                                                         | Sim <input checked="" type="checkbox"/><br>Não <input type="checkbox"/>                               | Especifique                                                             |                                                                                                                                                                                                                      |  |
|                                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                         | <b>SUCOS DE CAJU AO UVA E BOLACHAS E/OU</b><br><b>BISCOITOS / SNACKS</b>                              |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                      |  |

### Declaração do passageiro

Autorizo o DR. \_\_\_\_\_ a fornecer ao grupo LATAM as informações solicitadas por seus departamentos médicos a fim de determinar minha aptidão para o transporte aéreo e, consequentemente, isento o médico de suas obrigações éticas a esse respeito e concordo em pagar a esse médico os respectivos honorários. Estou ciente de que caso o transporte seja aceito, a minha viagem está sujeita às condições gerais de transporte e taxas da transportadora e que o transportador não assume qualquer responsabilidade que ultrapasse estas condições e taxas.

Assumo a responsabilidade por minha própria conta e risco por qualquer consequência que o transporte aéreo possa ter no meu estado de saúde e isento a transportadora, seus funcionários e agente de qualquer responsabilidade por tais consequências, especialmente (mas não limitado a) no caso de despesas decorrentes de consequências médicas no meu estado de saúde derivadas de condições preexistentes. Também isento a transportadora de qualquer responsabilidade em relação a qualquer despesa que deva fazer em relação ao meu estado de saúde se um voo for cancelado ou retrasado por motivos de segurança ou força maior. Concordo em reembolsar a transportadora mediante solicitação por quaisquer despesas ou custos especiais relacionados com o meu transporte.

Aceito que a companhia aérea possa me negar o embarque se minha condição não corresponder aos dados fornecidos ou se meu embarque puder colocar em risco minha saúde ou a de outros passageiros ou as operações de voo.

### IMPORTANTE

Quando necessário, deve ser lido pelo passageiro, assinado por ele ou em seu nome

Lugar

Data

Assinatura do passageiro

Telefone de contato

# MEDIF

Folha de informações médicas (apenas para uso oficial)



O objetivo deste formulário é fornecer as informações necessárias para permitir que os departamentos médicos das companhias aéreas avaliem as condições do passageiro para realizar a viagem. Se o passageiro for aceito, esta informação permitirá que sejam fornecidas as instruções necessárias para proporcionar ao passageiro o máximo de bem-estar e conforto. O médico responsável deverá responder a todas as questões, assinalando com uma cruz (X) no respectivo espaço "SIM" ou "NÃO" e/ou dando respostas concisas e precisas.  
Recomendamos preencher o formulário usando letra de forma.

## 2ª PARTE

A ser preenchida pelo médico responsável pelo tratamento

Este formulário deve ser preenchido pelo menos 10 dias antes da partida do voo e enviado à companhia até 48 horas antes da viagem para o e-mail: ssee\_medif@sac.latam.com

A ser preenchido pelo MÉDICO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO e enviado em formato PDF

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                         |                                                                                                                                                                     |  |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| MEDA 01<br>Informações do passageiro | Nome completo <u>LEONARDO MOURA GURGEL</u>                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                         | Data de nascimento <u>07/01/2017</u>                                                                                                                                |  |
|                                      | Sexo                                                                                                                                                                                                                                                                       | Fem. <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> | Idade <u>8 ANOS</u>                                                                                                                                                 |  |
| MEDA 02<br>Dados do médico           | Nome do médico responsável <u>CAIO DE AGUIAR MAIA</u>                                                                                                                                                                                                                      |                                                                         |                                                                                                                                                                     |  |
|                                      | RUT / ID / DNI / CRM <u>11992/CE</u>                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                         | Telefone de contato <u>(85) 981881100</u>                                                                                                                           |  |
|                                      | Especialidade médica <u>PSIQUIATRA</u>                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                         | email <u>caio.ance@gmail.com</u>                                                                                                                                    |  |
| MEDA 03<br>Diagnóstico e histórico   | Diagnóstico principal <u>T. ESPECTRO Autista</u>                                                                                                                                                                                                                           |                                                                         | Comorbidades <u>T. DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE</u>                                                                                                       |  |
|                                      | Cirurgias prévias<br>Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                  |                                                                         | Especifique                                                                                                                                                         |  |
|                                      | Data:                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                         |                                                                                                                                                                     |  |
| MEDA 04<br>Riscos durante a viagem   | O passageiro está em condições de viajar de avião?<br>Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                 |                                                                         | Risco:<br>Alto <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Baixo <input checked="" type="checkbox"/> Não é recomendado voar <input type="checkbox"/> |  |
|                                      | Tem alguma doença contagiosa/infecciosa no momento da viagem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                         |                                                                         |                                                                                                                                                                     |  |
| MEDA 05                              | Especifique                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                         |                                                                                                                                                                     |  |
| MEDA 06                              | Controle do esfíncter? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                |                                                                         | Especifique                                                                                                                                                         |  |
|                                      | Transtorno de saúde mental? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                           |                                                                         | Especifique                                                                                                                                                         |  |
| MEDA 07                              | O quadro clínico do paciente está controlado? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                         |                                                                         | Medicações em uso:<br><u>LYBERDIA 40 mg/ml / MELATONINA</u>                                                                                                         |  |
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                         |                                                                                                                                                                     |  |
| MEDA 08<br>Autonomia                 | O passageiro tem autonomia durante a viagem para:                                                                                                                                                                                                                          |                                                                         |                                                                                                                                                                     |  |
|                                      | Entender as instruções de segurança: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Comer: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ir ao banheiro: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                         |                                                                                                                                                                     |  |
| MEDA 09<br>Acompanhante              | Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especifique Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Paramédico <input type="checkbox"/> Outros:                              |                                                                         |                                                                                                                                                                     |  |
|                                      | O acompanhante deve ser física e mentalmente capaz de lidar com o ambiente da cabine da aeronave, bem como prestar assistência ao passageiro em caso de emergência ou atendimento (alimentação/fisiológica)                                                                |                                                                         |                                                                                                                                                                     |  |
| MEDA 10                              | Transtornos pulmonares? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                               |                                                                         | Especifique <u>ASMA</u>                                                                                                                                             |  |
|                                      | Precisa usar oxigênio durante o voo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                  |                                                                         | Retentor de CO2? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                               |  |
|                                      | Viaja com seu próprio concentrador de oxigênio? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                       |                                                                         | Especifique                                                                                                                                                         |  |
|                                      | Quantidade de fluxo L/minuto                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                         | Duração da bateria                                                                                                                                                  |  |
| MEDA 11                              | Insuficiência cardíaca? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                               |                                                                         | Fração de ejeção: Data:                                                                                                                                             |  |
|                                      | Classe funcional: Dispneia aos pequenos esforços moderada <input type="checkbox"/> e grandes esforços <input type="checkbox"/>                                                                                                                                             |                                                                         |                                                                                                                                                                     |  |
|                                      | Angina? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Último episódio:                                                                                                                                                                              |                                                                         | IAM prévio? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Data:                                                                              |  |
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                         |                                                                                                                                                                     |  |
| MEDA 12                              | Epilepsia? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Último episódio:                                                                                                                                                                           |                                                                         | Síncope? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Último episódio:                                                                      |  |
|                                      | Acidente vascular cerebral? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                           |                                                                         | Sequelae: Data:                                                                                                                                                     |  |
| MEDA 13                              | Deficiência visual/auditiva? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                          |                                                                         | Especifique                                                                                                                                                         |  |

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |       |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| MEDA 14 | ¿Anemia? <b>Não</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Último Hb/Ht: | Data: |
| MEDA 15 | Comida especial? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Especifique   |       |
| MEDA 16 | ¿Alergias? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Especifique   |       |
| MEDA 17 | Remédios de uso contínuo: <b>LYBERDIA 40MG/ML E MELATONINA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |       |
| MEDA 18 | Você usa anticoagulantes? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Especifique   |       |
| MEDA 19 | Requer hospitalização/ambulância no destino Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |       |
|         | Você consegue sentar-se ereto durante o voo? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |       |
|         | Você precisa de uma maca? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |       |
|         | Os joelhos podem ficar dobrados durante a viagem? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |       |
|         | Você consegue flexionar a cintura durante a viagem? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |       |
|         | Você precisa de uma cadeira de rodas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |       |
|         | <p>WCHR Precisa de auxílio no terminal para ir ao portão de embarque, com uso de cadeira de rodas ou similar, quando os passageiros estiverem embarcando/-desembarcando pela rampa de acesso. Não requer auxílio para subir e descer do ônibus e/ou das escadas para entrar na aeronave, sentar ou levantar do assento do vaso sanitário e para se alimentar.</p> <p>WCHS Incapaz de usar a rampa de ônibus e requer auxílio no embarque e desembarque (por exemplo, nas escadas de acesso ao avião). Não precisa de ajuda para sentar ou se levantar do assento da cabine, do banheiro e para se alimentar.</p> <p>WCHC Requer toda a assistência, incluindo entrar ou sair do assento da cabine, banheiro e, possivelmente, para se alimentar.</p> |               |       |

**Informação importante:**

1. O passageiro deve fornecer os concentradores de oxigênio e suas baterias, e o modelo deve estar aprovado pelas autoridades aeronáuticas.
  2. A LATAM não fornece soro fisiológico.
  3. A companhia pode estabelecer condições ou recusar o transporte do passageiro se as informações prestadas neste formulário sugerirem que pode haver riscos para a saúde do passageiro e dos demais, e também se o formulário não apresentar o estado de saúde atual do passageiro ao momento de embarcar.
- Saiba mais sobre os termos e condições em [www.latam.com](http://www.latam.com) na seção: Informações para sua viagem.

O médico responsável pela assinatura, DR. **CAIO DE AGUIAR MAIA** declara que as condições do paciente permitem que ele viaje de avião tomando os cuidados descritos acima, sem colocar em risco sua condição em consequência direta do voo.

Data: **24/07/2025** Lugar: **FORTALEZA / CE** Assinatura do médico: **CAIO DE AGUIAR MAIA**

ESTA SEÇÃO É PARA USO EXCLUSIVO DA EQUIPE DE SAÚDE AEROESPACIAL DA LATAM:

## FREMEC

É elegível? Sim ☐ Não ☐ Validade:

O viajante frequente que possua quadro clínico estável e que já tenha sido inicialmente autorizado pela equipe médica poderá ser elegível para se cadastrar automaticamente no FREMEC, sem precisar de novas autorizações médicas nem processar novo MEDIF para outras viagens dentro do prazo de validade aprovado pela área médica da companhia aérea.

Fw: [LATAM] Seu caso foi atualizado #66901471

De: Raquel Aguiar Moura (raqueldaguiar@hotmail.com)

Para: terezinhahonorio@yahoo.com.br

Data: domingo, 14 de setembro de 2025 às 11:00 BRT

Seguindo...

Aqui constam os últimos contatos. Inicia com o recebimento do e-mail do Kaique, logo após término da ligação que conversamos sobre a compra das passagens e reembolso. Depois os e-mails da Pâmella, inclusive o último com a concessão do desconto.

Depois ainda recebi alguns e-mails com orientações de como eu deveria proceder para efetuar a compra da passagens com o desconto. Em nenhum momento ela me respondeu explicando ou trazendo uma solução para o caso. Apenas esses e-mails prontos como se fossem mensagens automáticas.

---

**De:** Raquel Aguiar Moura <raqueldaguiar@hotmail.com>

**Enviado:** sexta-feira, 8 de agosto de 2025 21:36

**Para:** LATAM Airlines <grp\_customer\_services\_cc@sac.latam.com>

**Assunto:** Re: [LATAM] Seu caso foi atualizado #66901471

Boa noite.

Informações solicitadas.

Leonardo Moura Gurgel

Data de nascimento: 07/01/2017

CPF. 103.599.163-25

(85) 98705-4142

Rua Polônia, número 290 - Bairro Parangaba

CEP 60710-500

Fortaleza- CE

Informo que a compra das duas passagens, passageiro e acompanhante, foram realizadas após orientação recebida em ligação pelo Funcionário de nome Kaique Torres no dia 30/07/2025. Portanto não configura erro meu. Permaneço no aguardo de orientações para darmos seguimento ao processo de reembolso.

Grata.

Raquel Moura

---

**De:** Pâmella (LATAM Airlines) <grp\_customer\_services\_cc@sac.latam.com>

**Enviado:** sexta-feira, 8 de agosto de 2025 17:51

**Para:** Raquel de Aguiar Moura Gurgel <raqueldaguiar@hotmail.com>

**Assunto:** [LATAM] Seu caso foi atualizado #66901471

##- Não escreva abaixo desta linha -##

[[www.latam.com](http://www.latam.com)]



**Pâmella (LATAM)**

8 de ago. de 2025, 16:51 GMT-4

Olá Raquel de Aguiar Moura Gurgel,

Após análise do quadro clínico de LEONARDO, nossa equipe médica especializada em Saúde Aeroespacial aprovou o seu cadastro em nosso programa FREMEC.

Este cadastro permite que durante um período determinado de tempo não seja necessário o envio de novos documentos médicos, bastando nos informar a intenção de viagem para que possamos providenciar as liberações de embarque e a autorização da emissão do bilhete do acompanhante com o devido desconto.

Importante:

- O bilhete aéreo do acompanhante não deverá ser emitido antes de nossa análise, pois o desconto será concedido somente no momento da emissão. Reforçamos que não será concedido reembolso de bilhetes emitidos antecipadamente.
- O desconto para o acompanhante somente será válido em bilhetes aéreos em que a origem da viagem seja em aeroportos brasileiros.

Abaixo estaremos solicitando os dados necessários para o cadastro em nosso programa FREMEC.

Fique tranquilo, após a realização de seu cadastro, você receberá todas as regras e o passo a passo para utilização do FREMEC.

Pedimos, por gentileza, o envio dos dados abaixo:

- Nome completo: LEONARDO
- Data de nascimento:
- CPF:
- Telefone:
- Endereço:
- Bairro:

- Cidade:
- Estado:
- CEP:

Ficaremos no aguardo dos dados para prosseguirmos com o cadastro.

Atenciosamente,

Pâmella  
BackOffice Channels BR  
LATAM Airlines

**Precisa de ajuda? Contate-nos.**

**Acompanhe o status do seu caso na nossa Central de ajuda**

Para mais informações, visite [www.latam.com](http://www.latam.com)

© LATAM Airlines Group S.A. - todos os direitos reservados

[PE359J-L05MM]

h

Fw: [LATAM] Resolução do caso #66901471 [19/10/2025 - FOR x SCL - QVHSFE - SSEE::MEDIF]

De: Raquel Aguiar Moura (raqueldaguiar@hotmail.com)

Para: terezinhahonorio@yahoo.com.br

Data: domingo, 14 de setembro de 2025 às 11:01 BRT

---

De: Pâmella (LATAM Airlines) <grp\_customer\_services\_cc@sac.latam.com>

Enviado: domingo, 10 de agosto de 2025 22:06

Para: Raquel de Aguiar Moura Gurgel <raqueldaguiar@hotmail.com>

Assunto: [LATAM] Resolução do caso #66901471 [19/10/2025 - FOR x SCL - QVHSFE - SSEE::MEDIF]

##- Não escreva abaixo desta linha -##



---

Pâmella (LATAM)

10 de ago. de 2025, 21:06 GMT-4

Olá Raquel de Aguiar Moura Gurgel,

Após análise do quadro clínico de **Leonardo Moura Gurgel**, nossa equipe médica especializada em Saúde Aeroespacial aprovou a solicitação do FREMEC conforme abaixo:

**Número: 16976, Série: 957/16976, Validade: 10/08/2026;**

Serviço complementar: Embarque com acompanhante

- **Seguem orientações para utilização do FREMEC LATAM:**

Emissão bilhete do passageiro FREMEC

- O passageiro FREMEC com deficiência e/ou transtorno poderá emitir seu bilhete a qualquer momento sem restrições, e no local de sua preferência. Ressaltamos que é necessário que o voo esteja dentro do período de validade do cadastro FREMEC

Atenção: O bilhete do acompanhante não deverá ser emitido neste

14

momento.

Importante: Caso o passageiro com deficiência e/ou transtorno tenha idade inferior a 12 anos de idade e, não tenha outro passageiro (sem ser o acompanhante) com idade superior a 12 anos para emissão simultânea, deverá emitir o seu bilhete em nossa Central de Vendas ou lojas.

Solicitação do acompanhante FREMEC:

Após a emissão do bilhete do passageiro FREMEC, encaminhar um novo e-mail para fremec@latam.com, com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas a cada voo programado constando:

- O bilhete aéreo do passageiro com necessidades especiais
- Número FREMEC;
- O local de preferência para emissão do acompanhante que pode ser:
  1. Em uma loja do aeroporto (informar loja).
  2. Telefone (somente se o pagamento for com cartão de crédito).

Caso opte por realizar a compra por telefone, pedimos a gentileza que além das informações acima, em seu novo e-mail nos informe os dados abaixo para darmos prosseguimento ao processo de emissão do acompanhante com 80% de desconto:

Para viagens nacionais:

- Nome completo do acompanhante:
- RG:
- CPF:
- Data de nascimento:
- Telefone para contato:
- Horário preferencial para contato:
- E-mail:

Para viagens internacionais:

- Nome completo do acompanhante:
- RG:
- CPF:
- Data de nascimento:
- Número do passaporte:
- País de emissão do passaporte:
- Data de validade do passaporte:
- Telefone para contato:
- Horário preferencial para contato:
- E-mail:

Desta forma, pedimos, que não emita o bilhete do acompanhante antes de nossa análise, pois, o desconto será concedido apenas no momento da emissão. Informamos que não será concedido reembolso de bilhetes de acompanhantes emitidos antecipadamente.

O desconto mencionado é válido exclusivamente para o acompanhante e para a tarifa do bilhete. Ressaltamos que esse desconto não se aplica a custos adicionais, como a taxa de serviço, por exemplo.

**Observação: O desconto é válido somente para bilhetes aéreos com origem em aeroportos brasileiros.**

O desconto, também será válido, em viagens com conexão com outras companhias aéreas, no entanto, para que não ocorra negativa no embarque junto a parceira, o formulário FREMEC/MEDIF deverá ser tramitado junto à companhia aérea parceira. A Latam será responsável pela autorização de embarque nos nossos voos e o desconto na passagem de um acompanhante.

O bilhete aéreo do acompanhante não poderá ser emitido com pontos, sua tarifa será sempre paga em BRL. Caso o passageiro acima referido (adulto ou criança) tenha emitido seu bilhete com pontos Fidelidade, o cálculo do acompanhante será feito com base na tarifa pagante BRL descrita como equivalente à pontuação paga no bilhete aéreo do passageiro.

Documentos para apresentar no Check-in e no Embarque: O passageiro deve portar a documentação original (MEDIF, FREMEC ou Relatório Médico

Completo) submetidos anteriormente para análise.

Informamos que finalizamos a solicitação com o número de protocolo .

Favor não responder este protocolo.

Caso tenha novas dúvidas ou solicitações, enviar novo e-mail para [medif@latam.com](mailto:medif@latam.com)

Agradecemos a confiança em nossos serviços e reiteramos que estamos disponíveis para ajudá-lo sempre que precisar.

Atenciosamente,

Pâmella  
BackOffice Channels BR  
LATAM Airlines

Precisa de ajuda? Contate-nos.

Acompanhe o status do seu caso na nossa Central de ajuda

Para mais informações, visite [www.latam.com](http://www.latam.com)

© LATAM Airlines Group S.A. - todos os direitos reservados

[PE359J-L05MM]