FORMATO DE CERTIFICAÇÃO MÉDICA PARA TRANSPORTE DE ANIMAIS DE APOIO EMOCIONAL

SEÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL

Cada passageiro que viaja com um animal de apoio emocional deve preencher este formulário.

Nome do passageiro:

ESTA SEÇÃO DEVE SER PREENCHIDA POR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL

Profissional de Saúde Mental (por favor, imprima):

Ocupação profissional:	**Telefone:**

- Certifico que sou um profissional de tratamento de saúde mental licenciado e atualmente estou tratando o paciente acima mencionado que tem uma saúde mental ou deficiência mental reconhecida no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (“DSM”).
- Certifico que este paciente requer o animal listado acima para viagens como apoio emocional ou animal de serviço psiquiátrico para viagens aéreas e/ou atividades em seu destino.

Assinatura e carimbo/papel timbrado do profissional de saúde mental:

_____

Data: _____

CONSENTIMENTO DE USO DAS INFORMAÇÕES PESSOAIS DO CLIENTE

Eu,_____(Nome do passageiro, pais/responsável legal) Autorizo a LATAM Airlines a processar, usar, gerenciar, analisar, segmentar, indexar, receber, obter, coletar, relatar ou armazenar meus dados pessoais, inclusive informações médicas, para fins de processamento destes a fim de utilizá-los para viajar com meu animal de apoio emocional nas datas mencionadas acima.
A política de tratamento de dados pessoais pode ser consultada no seguinte link https://www.latamairlines.com/br/pt/legal/politica-de-privacidade

Assinatura do passageiro (pais ou responsável legal de menores de 18 anos):

_____

Data: _____