

DOCUMENTO MÉDICO CONFIDENCIAL
Toda pessoa que, por lícito e justo motivo, entrar em contato com ele é responsável por manter o sigilo.

ASSINALE A ATIVIDADE DESEJADA:

- () PLA- piloto de linha aérea () comissário
() PC – piloto comercial () piloto balão
() PP- piloto privado **sem** IFR () piloto aeronave leve
() PP –piloto privado **com** IFR () piloto ultraleve



**TERMO DE RESPONSABILIDADE E
FORMULÁRIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS (PARTE 1/2)**

Instruções: este formulário deve ser preenchido pelos candidatos a um Certificado Médico Aeronáutico (CMA) a **caneta e assinado** antes da realização do exame médico.

I. Identificação

1.Nome:			
2.Código ANAC:	3.CPF:	4.Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	5.Data de Nascimento: / /
6.Endereço: AV./RUA:		Número:	Ap:
BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:	CEP:
7.Fone: ()		8.E-mail:	

Comissários são CMA de 2ª classe e **NÃO** pretendem atuar como pilotos →

II. Informações sobre Certificado Médico Aeronáutico (CMA)

1.CMA pretendido: 1ª Classe 2ª Classe 4ª Classe	2.Tipo: <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Revalidação <input type="checkbox"/> Pós acidente/incidente grave
<i>Apenas para 2ª classe: Pretende atuar como piloto?</i> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<i>Parada brusca ou colisão da aeronave?</i> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.Já fez exame médico para obter CMA (ou CCF)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Local do último exame: _____ Data: / /	
Julgamento: Apto Apto com Restrição Não apto	
Liste as restrições e limitações (se houver):	
4.Já teve seu CMA (ou CCF) negado ou suspenso: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual examinador? _____	
Motivo:	

SOMENTE REVALIDAÇÕES →

III. Informações sobre a atividade aérea (apenas para revalidação)

1. Tem Empregador / Tipo de Operação (ou é profissional aeronavegante autônomo ou uso recreativo/desportivo?)	
2.Horas de voo:	3.Horas de voo nos últimos 6 meses:
4. Já sofreu acidente ou incidente aeronáutico grave: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quando:	

IV. Uso de remédios

Faz uso de remédios **atualmente** (prescritos ou não)? Sim Não Se necessário, usar o verso.
Listar nome, dosagem e frequência. **INCLUIR MEDICAÇÕES ANTICONCEPCIONAIS**

Medicação	Dose	Modo tomar

V. Uso de tabaco

Faz uso de tabaco?
 Nunca
 Anteriormente (Usava e parou de usar tabaco). Data em que cessou o uso:
 Atualmente Há quanto tempo, quantidade e frequência (número cigarros/dia):

VI. Uso de álcool

***dose ~ 14g de álcool (40ml de bebida destilada ~ 140ml vinho de mesa ~ 340ml (uma lata) de cerveja)**

Faz uso de álcool? **NÃO ESCREVER "BEBO SOCIALMENTE, USO SOCIAL OU TERMOS EQUIVALENTES.";**
 Nunca **CALCULAR CORRETAMENTE A DOSAGEM E DECLARAR A MÉDIA DE CONSUMO SEMANAL**
 Anteriormente (Usava e parou de usar álcool). Data em que cessou o uso:
 Atualmente Há quanto tempo, quantidade e frequência (número de doses/semana):

Assinatura igual ao documento de identidade: _____



TERMO DE RESPONSABILIDADE E FORMULÁRIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS (PARTE 2/2)

Instruções: este formulário deve ser preenchido pelos candidatos a um Certificado Médico Aeronáutico (CMA) a **caneta e assinado** antes da realização do exame médico.

VII. Histórico médico e geral

Responda *sim* ou *não* se você tem ou já teve algum dos problemas abaixo ou se enquadra na condição. As perguntas respondidas afirmativamente podem ser comentadas no campo observações, se já foram relatadas em exames anteriores e estiverem estáveis desde então.

	Sim	Não		Sim	Não
1. Doença ou cirurgia nos olhos			20. Problemas psicológicos ou psiquiátricos de qualquer natureza (<i>incluir tentativa suicídio</i>)		
2. Uso de óculos e lentes de contato			21. Uso abusivo ou dependência de álcool ou drogas ilícitas		
3. Mudou a prescrição dos óculos ou lentes desde o último exame			22. Intenção ou tentativa de suicídio		
4. Rinite alérgica e outras alergias			23. Enjôo por movimento requerendo medicação		
5. Asma ou doença pulmonar			24. Internação em hospital		
6. Doença cardíaca ou vascular			25. Consultas médicas desde o último exame		
7. Pressão arterial alta			Histórico Familiar		
8. Pressão arterial baixa			26. Doença cardíaca		
9. Pedra nos rins ou sangue ou proteína na urina			27. Pressão alta		
10. Diabetes ou doença hormonal			28. Colesterol alto		
11. Doença no estômago, fígado ou intestino			29. Epilepsia		
12. Surdez ou doença no ouvido			30. Doença mental		
13. Doença no nariz, ouvido			31. Diabetes		
14. Problema de fala			32. Tuberculose		
15. Lesão na cabeça			33. Alergia; asma; eczema		
16. Dores de cabeça frequentes ou fortes			Apenas para sexo feminino		
17. Tonturas ou desmaios			34. Transtornos ginecológicos		
18. Perda de consciência por qualquer razão			35. Gravidez atual		
19. Problemas neurológicos, derrame, epilepsia, convulsão, paralisia, etc.					

36. Observações: PESO: _____ kg ALTURA: _____ cm

37. Já sofreu cirurgia(s)? Sim Não Especificar: (qual, data, motivo). Incluir estéticas e dentárias.

VIII. Declaração do Candidato

Declaro ter avaliado cuidadosamente as afirmativas acima e tê-las respondido verdadeiramente. Declaro, ainda, não ter ocultado informações relevantes ou produzido afirmativas falsas. Declaro estar ciente de que pode haver penalidades administrativas e legais advindas de declarações falsas. Autorizo o envio de informações médicas para a área médica da ANAC e seus peritos designados. Autorizo o envio de informações médicas a quem o médico credenciado ou diretor técnico médico considerar necessário, sem restrições.

Porto Alegre, Rio Grande do Sul

Local

Data Perícia

Assinatura igual ao doc. identidade

IX. Declaração do Médico

Eu declaro ter pessoalmente analisado o histórico médico deste candidato e o examinado.

Porto Alegre, Rio Grande do Sul

Local

Data

Assinatura