


APÊNDICE A – MODELO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE E FORMULÁRIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

Caso falte espaço para inserir os dados, preencher folha complementar

atualizado em 30/07/2012

	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: M F

5.Data de Nascimento: / /

6.Endereço:

7.Telefone:

8.E-mail:

II. Informações sobre Certificado Médico Aeronáutico (CMA)1.CMA pretendido: 1ª Classe 2ª Classe 4ª Classe2.Tipo: Inicial Revalidação Pós acidente/incidente graveApenas para 2ª classe: Pretende atuar como piloto? Sim NãoParada brusca ou colisão da aeronave? Sim Não3.Já fez exame médico para obter CMA (ou CCF)? Sim 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: Sim Não

Qual examinador? _____

Motivo:

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

1.Empregador / Tipo de Operação:

2.Horas de voo:

3.Horas de voo nos últimos 6 meses:

4. Já sofreu acidente ou incidente aeronáutico grave: Sim Não Quando:**IV. Uso de remédios**Faz uso de remédios atualmente (prescritos ou não)? Sim Não

Listar nome, dosagem e frequência:

V. Uso de tabaco

Faz uso de tabaco?

 Nunca Anteriormente 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?

 Nunca Anteriormente Data em que cessou o uso: Atualmente Há quanto tempo, quantidade e frequência (número de doses/semana):

Caso falte espaço para inserir os dados, preencher folha complementar

atualizado em 30/07/2012

	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		
2. Uso de óculos e lentes de contato			21. Uso abusivo ou dependência de álcool ou drogas		
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:					
37. Já sofreu cirurgia(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar:					

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.

Local-----
Data-----
Assinatura**IX. Declaração do Médico**

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

Local-----
Data-----
Assinatura