


# MODELO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE E FORMULÁRIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

Caso falte espaço para inserir os dados, preencher folha complementar

 <b>ANAC</b> AGÊNCIA NACIONAL DE AVIAÇÃO CIVIL	<b>TERMO DE RESPONSABILIDADE E FORMULÁRIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS (PARTE 1/2)</b>
	<b>Instruções:</b> este formulário deve ser preenchido pelos candidatos a um Certificado Médico Aeronáutico (CMA) a <b>caneta e assinado</b> antes da realização do exame médico.

<b>I. Identificação</b>			
1.Nome:			
2.Código ANAC:	3.CPF:	4.Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	5.Data de Nascimento: / /
6.Endereço:			
7.Telefone:	8.E-mail:		

<b>II. Informações sobre Certificado Médico Aeronáutico (CMA)</b>	
1.CMA pretendido: <input type="checkbox"/> 1ª Classe <input type="checkbox"/> 2ª Classe <input type="checkbox"/> 4ª Classe <i>Apenas para 2ª classe: Pretende atuar como piloto?</i> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	2.Tipo: <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Revalidação <input type="checkbox"/> Pós acidente/incidente grave <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: <input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Apto com Restrição <input type="checkbox"/> 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:	

<b>III. Informações sobre a atividade aérea (apenas para revalidação)</b>	
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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quando:	

<b>IV. Uso de remédios</b>
Faz uso de remédios atualmente (prescritos ou não)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Listar nome, dosagem e frequência:

<b>V. Uso de tabaco</b>
Faz uso de tabaco?
<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> Anteriormente Data em que cessou o uso:
<input type="checkbox"/> Atualmente Há quanto tempo, quantidade e frequência (número cigarros/dia):

<b>VI. Uso de álcool</b>	*dose ~ 14g de álcool (40ml de bebida destilada ~ 140ml vinho de mesa ~ 340ml (uma lata) de cerveja)
Faz uso de álcool?	
<input type="checkbox"/> Nunca	
<input type="checkbox"/> Anteriormente	Data em que cessou o uso:
<input type="checkbox"/> Atualmente	Há quanto tempo, quantidade e frequência (número de doses/semana):

Caso falte espaço para inserir os dados, preencher folha complementar



## 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			<b>Histórico Familiar</b>		
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			<b>Apenas para sexo feminino</b>		
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)?  Sim  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. Autorizo o envio de informações médicas para a área médica da ANAC e seus peritos designados.

-----  
Local

-----  
Data

-----  
Assinatura

### IX. Declaração do Médico

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

-----  
Local

-----  
Data

-----  
Assinatura