Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Prezado Sr. Coordenador de Certificação Médica Aeronáutica,

Em atenção ao disposto no Regulamento Brasileiro de Aviação Civil nº 67 - RBAC 67, informo a Vossa Senhoria que tenho interesse em obter o credenciamento para a clínica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para realizar exames de saúde periciais em candidatos que desejem obter ou revalidar um Certificado Médico Aeronáutico (CMA) de 1ª, 2ª, 4ª ou 5ª classe.

Informo também que a clínica possui instalações, recursos e pessoal suficientes para realizar as atividades para as quais o credenciamento é solicitado.

Em anexo, envio documentação solicitada, juntamente com formulário de cadastro preenchido na página seguinte.

Diretor Técnico Médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(preencher formulário na página seguinte)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **AGÊNCIA NACIONAL DE AVIAÇÃO CIVIL - ANAC****SUPERINTENDÊNCIA DE PESSOAL DA AVIAÇÃO CIVIL****COORDENADORIA DE CERTIFICAÇÃO MÉDICA AERONÁUTICA**  |

CADASTRO DE CLÍNICA

Nome da clínica / Razão Social:

CNPJ:

CRM jurídico:

Endereço da Clínica:

Telefone:

E-mail:

Nome do responsável técnico (DTM):

CPF:

CRM:

Telefone:

E-mail:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Especialidade | Nome(s) | CPF | Registro em Conselho (CRM com RQE;CFP;CRO) |
| Oftalmologia |  |  |  |
| Otorrinolaringo. |  |  |  |
| Cardiologia |  |  |  |
| Neurologia |  |  |  |
| Psiquiatria |  |  |  |
| Psicologia |  |  |  |
| Odontologia |  |  |  |

Observação: É permitido incluir mais de um profissional em cada especialidade.

REQUISITOS PARA CREDENCIAMENTO

1. O DTM deve ser graduado em Medicina com registro no CRM há pelo menos 3 anos.

2. O DTM deve enviar Certificado de aprovação no curso básico de perícia médica da aviação civil, ou curso básico de fisiologia de voo, ou cursos de especialização em medicina aeroespacial equivalentes.

3. Cópia do Alvará de Localização e Funcionamento expedido pelo município;

4. Cópia do certificado de aprovação do Corpo de Bombeiros, ou declaração de isenção de autorização (se for o caso), ou documento equivalente, de acordo com a legislação local.

5. Cópia da licença de funcionamento e sua revalidação para o ano do exercício expedida pelo órgão competente de vigilância sanitária, ou documento equivalente, de acordo com a legislação local. Pode ser aceito o protocolo da requisição.

6. Comprovante de treinamento em fisiologia de voo e aspectos do RBAC 67 para cada profissional da equipe, ministrado pelo próprio DTM.