



APÊNDICE B. MODELO DE CARTA PARA CREDENCIAMENTO DE MÉDICO

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____.

Prezado Sr. Gerente Técnico de Fatores Humanos,

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

Informo também que o consultório onde exercerei as atribuições 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.

NOME: _____

ASSINATURA: _____



APÊNDICE C. MODELO DE FORMULÁRIO DE CADASTRO PARA MÉDICO



AGÊNCIA NACIONAL DE AVIAÇÃO CIVIL - ANAC
SUPERINTENDÊNCIA DE PADRÕES OPERACIONAIS
GERÊNCIA TÉCNICA DE FATORES HUMANOS
Av. Pres. Vargas, 850 - 10ª andar - Centro, CEP: 20071-001 - Rio de Janeiro-RJ
Tel.:(21) 3501-5656

CADASTRO PARA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE MÉDICO

1 - NOME COMPLETO			
2 - NACIONALIDADE			
3 - CRM		4 - UF	
5 - TELEFONE RESIDENCIAL		6- TELEFONE COMERCIAL	
7 - E-MAIL DE CONTATO			
8 - ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO			
9 - CIDADE		10 - ESTADO	

OBSERVAÇÕES

- 1 - PREENCHER UM REQUERIMENTO PARA CADA CANDIDATO.
- 2 - O CONSULTÓRIO SERÁ SUBMETIDO À INSPEÇÃO ANTES DO CREDENCIAMENTO.
- 3 - OS EXAMES PERICIAIS SÓ PODERÃO SER REALIZADOS NO ENDEREÇO CREDENCIADO.

REQUISITOS PARA CREDENCIAMENTO

1. Ser graduado em Medicina com registro no CRM há pelo menos 3 anos.
2. 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. No caso de primeiro ano de funcionamento, será aceito o protocolo da requisição.

APÊNDICE D. MODELO DE CARTA PARA CREDENCIAMENTO DE CLÍNICA

Rio de Janeiro, __ de _____ de 2015.

Prezado Sr. Gerente Técnico de Fatores Humanos,

Em atenção ao disposto no Regulamento Brasileiro de Aviação Civil nº 67 – RBAC nº 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 2ª ou 4ª 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.

Diretor Técnico Médico: _____

ASSINATURA: _____

APÊNDICE E. MODELO DE FORMULÁRIO DE CADASTRO PARA CLÍNICA**AGÊNCIA NACIONAL DE AVIAÇÃO CIVIL - ANAC
SUPERINTENDÊNCIA DE PADRÕES OPERACIONAIS
GERÊNCIA TÉCNICA DE FATORES HUMANOS**Av. Pres. Vargas, 850 - 10º andar - Centro, CEP: 20071-001 - Rio de Janeiro-RJ
Tel.:(21) 3501-5656**CADASTRO DE CLÍNICA**

Nome da clínica / Razão Social:

CNPJ:

Endereço da Clínica:

Telefone:

E-mail:

Nome do responsável técnico:

CPF:

CRM:

Telefone:

Email:

Especialidade	Nome	CPF	Reg. em Conselho
Oftalmologia			
Otorrinolaringo.			
Cardiologia			
Neurologia			
Psiquiatria			
Psicologia			
Odontologia			

Observação: Se houver mais de um especialista contratado, favor inserir os dados no verso deste formulário.Realiza exames radiológicos: Sim Não

Se não, local onde são realizados:

Realiza eletroencefalograma (EEG): Sim Não

Se não, local onde é realizado:

Realiza audiometria: Sim Não

Se não, local onde é realizada:

Observações: