

**MODELO DE REQUERIMENTO DE RECURSO CONTRA JULGAMENTO EXARADO
POR EXAMINADOR**

Caso falte espaço para inserir os dados, preencher folha complementar.

Atualizado em 28/07/2015.

	REQUERIMENTO RECURSO CONTRA JULGAMENTO EXARADO POR EXAMINADOR		
	Instruções: este formulário deve ser preenchido pelo candidato que não tenha ficado satisfeito com o julgamento exarado em resposta a sua solicitação de revalidação ou obtenção de um Certificado Médico Aeronáutico – CMA.		
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: _____			
7.Telefone: _____	8.E-mail: _____		
II. Requerimento			
1.Eu, _____, venho requerer à ANAC, nos termos do RBAC 67: <input type="checkbox"/> teste de proficiência de voo, OU <input type="checkbox"/> ampliação de prazo de CMA, OU <input type="checkbox"/> revisão do julgamento “não apto” ou “apto com restrição”.			
(obs.: caso o usuário tenha interesse em solicitar mais de um requerimento, deverá preencher um formulário para cada um deles).			
III. Justificativa [Neste campo, o candidato deve reunir e anexar o maior número de elementos que demonstrem sua aptidão psicofísica ou que a sua debilidade não oferece riscos para a segurança de voo, tais como parecer(es) médico(s), psicológico(s) ou odontológico(s), tipo de prótese descrita detalhadamente (se aplicável), fotografia(s), modelo da aeronave que pretende operar, etc.]. O preenchimento deste campo é obrigatório, e deve informar os documentos anexados.			
1. Local do último exame de saúde pericial: _____ Data: / /			
2.Julgamento: <input type="checkbox"/> Apto com Restrição <input type="checkbox"/> Não apto Liste as restrições e limitações (se houver): _____			
3. Clínica Credenciada onde pretende realizar o novo exame de saúde pericial em grau de recurso (consulte os endereços das clínicas no portal dad ANAC): _____			
IV. Assinatura do Usuário			
----- Local	----- Data	----- Assinatura	